WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK MAJ — CZERWIEC

ROK VI 1934 NUMER 3

Dr. JÓZEF GRANATOWICZ, asystent Kliniki

NARKOZA DOŻYLNA Z ZASTOSOWANIEM „EVIPAN-NATRIUM".

Z Kliniki Chirurgicznej Uniw. Pozn. (Dyrektor: Prof. dr. A. Jurasz).
(Referat według „Nowin Lekarskich". Rok 1933. Zeszyt 21).

W ostatnich czasach zwracano większą uwagę na uśpienie dożylne. Ze środków z tej dziedziny znane są somnifen, awertyna, sodium amytal, nembutal, pernocton i inne. Z dotychczasowych doświadczeń klinicznych wynika, że przy użyciu tych środków dawkowanie celem osiągnięcia głębokiego snu jest trudne. Jako dalsze wady opisano znaczne stany podniecenia, bardzo długie działanie, a przez to bardzo długi sen ponarkotyczny, dalej wybitne działanie trujące u chorych z miażdżycą tętnic i wyniszczonych.

W roku 1932 podano w celach doświadczalnych nowy środek do narkozy dożylnej, a mianowicie evipan-natrium.

Evipan-natrium jest solą sodową kwasu dwukarbocykloheksenylo-N-metylo-malonylomocznikowego, otrzymanego drogą syntezy *(Kropp* i *Taub).* Pierwiastkiem, działającym usypiająco na ośrodki wegetatywne śródmózgowia, jest grupa kwasu barbiturowego (malonylomocznik), związana w szeregu bocznym z grupą metylową i grupą karbonową. Evipan jest związkiem pokrewnym phanodormu, mianowicie kwasu cyklo-heksenylo-etylo-barbiturowego, ma jednak silniejsze działanie usypiające od phanodormu, ponieważ grupa metylowa, zastępująca grupę etylową w poprzednim związku i grupa dwukarbonowa wzmacniają działanie narkotyczne. Ze wszystkich znanych środków pochodnych kwasu barbiturowego odznacza się evipan-natrium najszybszem działaniem. Trzeba podnieść, że jest on łatwo rozpuszczalny, w przeciwieństwie do innych środków z tej grupy, i stąd ustrój wydala go bardzo szybko. Rozpuszczalność evipanu w wodzie jest dobra, jednak roztwory te nie są trwałe. Rozpuszczalność jego w innych środkach chemicznych jest również dobra. Roztwo-

ry w bezwodnych rozpuszczalnikach organicznych odznaczają się wielką trwałością, używa się więc jako rozpuszczalnika dwumetylo-glikolu, nie zawierającego wody, ponieważ związek ten nie uszkadza tkanek organizmu *).

Doświadczenia na kotach, przeprowadzone przez *Weesego*, wykazały, że evipan-natrium, stosowany per os w dawce, której wysokość obliczono stosownie do wagi zwierzęcia (25 mg na kg wagi), ma działanie nasenne, występujące szybko. Sen jest głęboki, krótki. Nie zauważono u zwierząt okresu podniecenia przed zaśnięciem ani odurzenia po przebudzeniu. Dłuższe i stałe stosowanie evipan-natrium nie wpływało ujemnie na stan zwierząt. Nie stwierdzono przyzwyczajenia. Podawanie evipan-natrium w zastrzykach dożylnych miało działanie znacznie silniejsze. Sen, występujący już w czasie wstrzykiwania, był tak głęboki, jak podczas narkozy inhalacyjnej.

Dawki dla ludzi, ustalone przez *Weesego* na podstawie doświadczeń, wynosiły 0,3 — 0,8 g jako środek nasenny, a 0,6 — 1,0 g jako środek do narkozy dożylnej. Dawkę toksyczną ustalił jako czterokrotną maksymalnej nasennej.

Narządem odtruwającym dla evipan-natrium jest wątroba. Środek ten nie jest wydalany przez nerki. Nie stwierdzono bowiem w moczu śladu evipannatrium nawet po wysokich dawkach bezpośrednio po ustaniu działania.

Wykorzystanie evipanu jako związku rozpuszczalnego evipan-natrium do narkozy udało się na ludziach *Baetznerowi*, który miał w pierwszej serji prób (400 przypadków) wyniki dobre, zdaniem jego zasługujące na uwagę i zachęcające wogóle do stosowania evipanu jako środka narkotycznego. Podnosi on uproszczoną technikę, szybkie zaśnięcie i brak powikłań, uniknięcie wstrząsu i nieszkodliwość.

Prace późniejsze *Banneckera, Baucksa, Fründa, Friedemanna, Klimkego, Nordmanna, Spechta, Samuela* i *Wendla* dotyczą strony klinicznej, a mianowicie techniki, wskazań i przeciwwskazań, przygotowania chorych i oceny wyników. Wszyscy, stosujący evipan-natrium, zgadzają się co do nieszkodliwości środka i braku powikłań. Wszyscy uznają tylko jedyne ograniczenie możności stosowania evipanu ze względu na rodzaj schorzenia, mianowicie daleko posunięte zmiany miąższu wątrobowego z niedomogą czynnościową tego narządu.

Stosowanie evipan-natrium w Klinice Chirurgicznej U.P. rozpocząłem w lutym 1933 r.

Technika.

Przygotowanie chorego do uśpienia evipan-natrium jest proste. Jeżeli samo schorzenie na to pozwala, chory nie potrzebuje być naczczo; można więc zezwolić choremu na lekkie potrawy na kilka godzin przed narkozą. Nie wpływa to ujemnie na przebieg uśpienia, na sprawność krążenia i nie wywołuje wymiotów po przebudzeniu się. Zależnie od rodzaju operacji (np. w jamie

*) W handlu mamy evipan-natrium w postaci proszku w ampułkach oraz evipan w postaci tabletek jako środek nasenny.

brzusznej) i przy poważniejszych zabiegach operacyjnych, przygotowanie jest takie, jakiego schorzenie i stan ogólny wymagają. Bezpośrednio przed operacją nie należy podawać środków nasercowych z grupy kamforowej i purynowej, ponieważ wpływają one ujemnie na zasypianie, skracają czas snu głębokiego, a nieraz uśpienie zmienia się w odurzenie. Podanie morfiny na 1 — 2 godz. przed uśpieniem nie skraca okresu zasypiania, zato obniża dawkę narkotyczną środka. Jeżeli po przygotowaniu chorego morfiną podajemy pełną dawkę narkotyczną (około 8 — 10 cm^3 10% roztworu), sen głęboki przedłuża się wybitnie, a także przedłuża się okres snu ponarkotycznego. W okresie tym mogą wystąpić także wymioty na tle małej tolerancji morfiny i jej pochodnych. Podawanie innych narkotyków, np. silnych środków nasennych, wieczorem przed operacją, jest zbyteczne.

Wodny roztwór 10% evipan-natrium był przygotowany zawsze bezpośrednio przed wstrzyknięciem. Roztworów wodnych 10%, stojących powyżej 2 godzin nie wstrzykiwałem, ponieważ należało liczyć się z początkiem rozkładu evipan-natrium. Zwracaliśmy uwagę, aby używać do zastrzykiwań możliwie cienkich igieł.

Jako optimum czasu wstrzykiwania uważałem 10 — 15 sek. na 1 cm^3. Nie było nigdy objawów miejscowego podrażnienia tkanek.

Część kliniczna.

Obraz zasypiania evipan-natrium jest następujący: Podczas powolnego wstrzykiwania pierwszych 3 — 6 cm^3 chory rozmawia, odpowiada na pytania, podczas dalszego wstrzykiwania zaczyna mówić powoli i niewyraźnie, z przerwami, wreszcie przy dawce usypiającej 6 — 8 cm^3 przestaje mówić i zasypia, czasem ziewając przytem. Chorzy, pytani o wrażenie przy zasypianiu, mówią, że mieli uczucie nadzwyczaj szybko wzmagającego się zmęczenia i senności, których mimo największego wysiłku woli nie mogli opanować. Zaśnięcie następuje bez okresu podniecenia. Oddech jest w okresie zasypiania nieco powierzchowny, czasem nawet na krótki czas wstrzymany; mianowicie spotyka się to przedewszystkiem przy zbyt szybkiem wstrzykiwaniu całej dawki. Źrenice rozszerzają się, reagują na światło przez kilka sekund. Znaczne rozszerzenie źrenic nie jest objawem niebezpiecznym, ponieważ po dalszej dawce evipan-natrium zwężają się z chwilą głębokiego uśnięcia. Oddech jest zawsze równy, głęboki. Szczęka zaczyna opadać jeszcze przed okresem głębokiego snu. Po zaśnięciu występuje czasem w pierwszych minutach drżenie kończyn; przy operacji na kończynach mogą nawet powstawać ruchy jakby obronne, chociaż chory nie czuje bólu.

Drżenie kończyn u niektórych chorych, przy dawce, niewiele przewyższającej narkotyczną, jest jedynem słabem zaznaczeniem okresu podniecenia, jak to często widzimy przy narkozie inhalacyjnej. Sen głęboki trwa przynajmniej 15 minut. Całkowita dawka narkotyczna, wystarczająca na ten okres, jest o 3 — 4 cm^3 wyższa od dawki usypiającej i wynosi przeważnie 8 — 10 cm^3

10%-owego roztworu evipan-natrium. Wysokość dawki narkotycznej jest u poszczególnych chorych różna, zależna od wieku i stanu ogólnego osobnika. Osoby wątłe, wyniszczone, następnie starsze śpią dłużej, czasem ponad godzinę i to po dawce niższej (8 cm^3). Kobiety potrzebują naogół nieco mniejszej dawki i śpią dłużej.

Okres snu głębokiego jest zupełnie spokojny: oddech równy, głęboki, tętno nieco zwolnione, dobrze napięte, skóra na twarzy chorego dobrze ukrwiona. Mięśnie są w tym okresie zupełnie zwiotczałe. Nie zauważyliśmy nigdy bladości ani sinicy, jeśli wczas podtrzymuje się szczękę.

Po dodaniu 2 — 4 cm^3 roztworu evipan-natrium sen głęboki przedłuża się o dalsze 15 minut, jeśli damy go przed okresem budzenia się.

Budzenie się jest spokojne, jeżeli zabieg ukończono w czasie snu. Najpierw wraca reakcja źrenic, które rozszerzają się; chory porusza gałkami ocznemi, oddech staje się szybszy i powierzchowny, chory leży spokojnie. Jeżeli operacja jeszcze nie jest ukończona, mogą chorzy zacząć wykonywać słabe ruchy obronne, nawet jęczeć, mimo że w tym okresie bólu jeszcze nie odczuwają. Tych kilka minut utrzymującej się jeszcze analgezji można wykorzystać np. dla zeszycia skóry bez dodania narkozy inhalacyjnej. Należy zwrócić uwagę, że można wykorzystać dla początku operacji okres wstępnej analgezji. Pole operacyjne powinno być wtedy przygotowane przed wstrzyknięciem evipan-natrium, cięcie skórne można wykonać już w okresie, poprzedzającym sen głęboki. Przy operacjach, trwających tylko kilka minut, poleca się czekać z rozpoczęciem zabiegu parę minut aż do snu głębokiego.

Przebudzenie następuje najwcześniej w 45 minut po zastrzyknięciu 8 — 10 cm^3 10% evipan-natrium. Nieraz chorzy śpią kilka godzin głębokim snem, przytem mięśnie są zwiotczałe. Podczas budzenia się chory reaguje na dotyk, zaczyna odpowiadać na pytania, potem można obudzić go zupełnie. Utrzymuje się jeszcze pewna senność, która ułatwia ponowne zaśnięcie. Przy odpowiednim spokoju i usunięciu wszelkich podniet zewnętrznych (zaciemnieniu pokoju) chory zapada w długotrwały sen. Przebudzenie się nie jest poprzedzane podnieceniem, chory ma wrażenie przebudzenia się ze snu zwykłego z uczuciem wypoczynku i bez jakichś przykrych objawów. Po obudzeniu się nie wymiotuje i może przyjąć zwykły posiłek.

Chorzy nie skarżą się na ból głowy, nie mają okresów podniecenia ani depresji, nie czują się osłabieni.

Pozatem chorzy podnoszą z zadowoleniem zupełny brak świadomości od chwili zaśnięcia aż do zupełnego przebudzenia się, tak że wrażenia przebytej operacji są minimalne.

Jeżeli zachodzi potrzeba przerwania uśpienia evipan-natrium, wystarczy podać dożylnie 1 — 5 cm^3 środków z grupy coraminy (stiminol, corpyrina i t. p.) lub kofeiny. Przebudzenie następuje wtedy szybciej.

Uśpienie evipan-natrium można zastosować w większości przypadków operacyjnych, które mogą być ukończone w ciągu 15 — 30 minut. W razie prze-

dłużenia się operacji poza okres działania evipan-natrium można dodać uśpienie eterem. Jeśli uśpienie inhalacyjne rozpoczynamy jeszcze w okresie końcowym głębokiego snu, wystarcza bardzo mała ilość eteru, chloroformu lub chlorku etylu. Nie występują objawy podniecenia, co najwyżej słaby kaszel. Jeżeli dodatkowe uśpienie eterem było rozpoczęte zbyt późno (w okresie budzenia się chorego), chorzy zaczynają kaszleć, oddech staje się szybki i powierzchowny. Ponowne zaśnięcie wymaga większej ilości eteru.

Uśpienie evipan-natrium można stosować również w razie niewystarczającego znieczulenia rdzeniowego.

W chirurgji dziecięcej według dotychczasowych spostrzeżeń autorów dawka, wywołująca sen głęboki, waha się w bardzo wielkich granicach, tolerancja jest naogół dobra, nie zauważono nigdy działań ubocznych przy ostrożnem dawkowaniu i odpowiednich wskazaniach.

Wpływ evipan-natrium na czynności organizmu jest minimalny. Jak już poprzednio zaznaczyłem, głębokość i częstość oddechu zmienia się tylko przejściowo w okresie usypiania. Osoby, uśpione głęboko, nie duszą się, nie sinieją, oddech jest równy. Oddech powierzchowny i szybki podczas pierwszych 2 — 3 minut nie jest poważnem zaburzeniem i nie ma wpływu na dalszy przebieg uśpienia.

Praca serca jest niezmieniona, tętno nieprzyśpieszone. Mała różnica ciśnienia — średnia spadku wynosi około 25 mm Hg — nie wpływa na napięcie i jakość tętna. W okresie usypiania zauważyłem podniesienie się ciśnienia o 10—20 mm Hg z następowym spadkiem w 10—15 minutach po rozpoczęciu się narkozy. Te niewielkie różnice ciśnienia nie przekraczają wahań fizjologicznych w ciągu doby u człowieka zdrowego. Wad zastawkowych i schorzeń mięśnia sercowego w okresie wyrównania nie można uważać za przeciwwskazanie do uśpienia evipan-natrium, ponieważ chorzy tacy nawet w okresie niewyrównania czynności serca znoszą evipan-natrium lepiej niż każdy inny środek usypiający. Evipan-natrium nie zwiększa krwawień miąższowych nawet przy podaniu wysokich dawek (powyżej 10 cm^3 10% roztworu).

Badanie moczu po uśpieniu evipan-natrium nie wykazało białka, urobiliny ani wałeczków. Dowodzi to, że nabłonek nerkowy i układ kłębuszkowy były nieuszkodzone; również wątroba o czynności prawidłowej lub niewiele zmienionej wydołała całkowicie zadaniu zobojętniania evipan-natrium.

W obrazie krwi po uśpieniu evipan-natrium nie stwierdziłem zmian, które możnaby odnieść do działania tego środka.

Nie było zresztą żadnych innych niekorzystnych następstw.

Wielka rozpiętość między dawką usypiającą a szkodliwą jest zależna pośrednio od łatwej rozpuszczalności, a bezpośrednio od łatwego zobojętnienia w organiźmie i pozwala stosować evipan-natrium nawet w tych przypadkach, w których dłuższe działanie środka narkotycznego nie jest wskazane.

Nie zauważyłem nietolerancji wobec evipan-natrium. Do objawów tych należałoby zaliczyć: zapad, występujący bezpośrednio po wstrzyknięciu zwykłej

dawki usypiającej, albo ostre zatrucie związkami barbiturowemi z objawami w kilka względnie kilkanaście godzin po narkozie. Nadmieniam, że nie stosowałem dawek ponad 16 cm^3 10% evipan-natrium. W razie przedłużania się operacji uzupełniam uśpienie eterem.

Do uśpienia evipan-natrium nie nadają się chorzy, na których związki barbiturowe nie wywierają działania nasennego. Jeżeli chory nie zaśnie po 10 cm^3 10% evipan-natrium, należy dać uśpienie eterowe. Nie należy dawać zastrzyków dożylnych evipan-natrium również i tym chorym, u których występowały po zwykłych dawkach nasennych veronalu (0,25 — 0,5 g) rumienie, obrzęki, białkomocz i t. d.

Nasze dotychczasowe doświadczenie (70 przypadków) pozwala już na częściowe sprecyzowanie wytycznych i niektórych ograniczeń możliwości stosowania evipan-natrium. Nie uważam jednak ilości około 70 przypadków za wystarczającą do oceny ostatecznej i ustalenia wskazań do stosowania narkozy evipanowej wogóle.

Omówienie.

Pokazałem wyżej, że wysokość dawki roztworu potrzebnej do uśpienia, jest zasadniczo różna. Podkreślam zależność jej od czynników już powyżej wymienionych (wiek, schorzenie, płeć i t. d.). Jak ważne są czynniki indywidualne, widzimy na przykładzie: Chora 76-letnia z oderwaniem trzonu żuchwy, u której sen wystąpił już po wstrzyknięciu 1 cm^3 10% roztworu evipan-natrium, spała 2 godziny.

U dalszych 5 chorych w wieku 70 lat (najstarsza 82 lat), wyniszczonych z powodu nowotworów złośliwych i gruźlicy, dawka narkotyczna evipanu była również bardzo niską (5 — 6 cm^3 10% evipan-natrium); sen głęboki trwał u tych chorych po kilka godzin. Np. chora lat 77, u której wykonano amputację uda z powodu gruźlicy czynnej stawu kolanowego, zniosła zabieg dobrze i nie miała żadnych komplikacyj płucnych.

Sprawność układu krążenia, głębokość i miarowość oddechu była przez cały czas dobra.

W przeciwieństwie do powyżej wymienionych przypadków były krańcowo przeciwne przypadki, odznaczające się nawet pewną małą wrażliwością. Wymieniam z nich jeden, w którym evipan-natrium nie wywołał snu głębokiego mimo podania bardzo wysokiej dawki (16 cm^3 10% roztworu). Chory ten, 25-letni, o silnej budowie, był operowany z powodu rozszczepienia podniebienia i wargi zajęczej. Nie był on przygotowany morfiną. Po 10 cm^3 10% roztworu udało się osiągnąć lekki sen z zachowaniem odruchów obronnych. Sen głęboki nastąpił dopiero po niewielkiej stosunkowo ilości mieszanki eteru i chloroformu. Jak przekonaliśmy się potem, chory ten reagował na veronal tylko sennością i odurzeniem. Do snu głębokiego zwykłe dawki nie wystarczały; chory nie pił alkoholu.

Z powyższego widać, że dawkowanie evipan-natrium waha się w bardzo szerokich granicach; trzeba sobie zatem dokładnie zdać sprawę, jaka jest w każdym przypadku najniższa dawka narkotyczna, w przeciwnym bowiem razie bardzo łatwo można dojść do dawki szkodliwej. Każde przedawkowanie jest szczególnie łatwe u osób w podeszłym wieku, z miażdżycą tętnic.

Słowem, zgóry nie można dla każdego osobnika określić potrzebnej dawki. Stąd też zastrzykiwałem 10% roztwór evipan-natrium i badałem, jaka ilość wystarczy do głębokiego snu. Jako objaw głębokiego snu przyjmowaliśmy zwiotczenie mięśni (np. opadanie szczęki). Zaznaczyć należy, że reakcja źrenic może pozostać przez czas trwania głębokiego snu. Tem samem nie może być braną jako miernik snu, jak to jest podczas uśpienia eterowego. Przy operacjach, które trwają dłużej niż działanie narkotyczne evipan-natrium, można sen przedłużyć, wstrzykując podczas operacji przy pierwszych objawach budzenia się dalsze 2 do 4 cm^3 tego środka. Takie przedłużenie uśpienia można powtórzyć kilkakrotnie. Sposób ten jest lepszy od sposobu, przy którym odrazu daje się więcej aniżeli 10 cm^3 roztworu evipan-natrium mimo istniejącego już głębokiego snu. W ten sposób unika się napewno dawki szkodliwej i niebezpiecznej, a utrzymuje się chorego w głębokim śnie.

Sposób powyżej podany daje narkozę pełną, bez podawania narkotyków. Uśpienie dożylne zapomocą evipan-natrium może służyć również jako uśpienie wstępne. Ponieważ evipan-natrium zostaje w organiźmie szybko rozłożony, musi dodatkowy środek usypiający przy dłuższych operacjach szybko i bezwzględnie przeważać. Mamy tu więc do czynienia nie z uśpieniem mieszanem, jak np. przy uśpieniu avertyno-eterowem, tylko później z czystem uśpieniem eterowem. Evipan służy jako dawka wprowadzająca do uśpienia eterowego. Środek ten usuwa występujące przy czystem uśpieniu eterowem przykre dla chorego objawy podniecenia, kaszel, wymioty i t. d.

Ponieważ chorzy zasypiają szybko, nie zdając sobie sprawy z tego, jest narkoza dożylna pewnego rodzaju dobrodziejstwem dla wrażliwych, niespokojnych lub nerwowo wyczerpanych, którzy obawiają się narkozy inhalacyjnej więcej niż samego zabiegu operacyjnego.

Prof. dr. G. JOACHIMOGLU, Uniw. w Atenach (Forschungen und Fortschritte 1933), **dr. WEDEMEYER** (Arch. exp. Path. u. Pharm. tom 85), **dr. HERXHEIMER** (Münch. med. Wo. 1922), **dr. EICHLER** (Arch. exp. Path. u. Pharm. 1932), **prof. dr. STRANSKY** (Wien med. Wo. 1932, Nr. 12).

PRZYZWYCZAJENIE DO TRUCIZN.

Przyzwyczajanie się do trucizn jest znane już od czasów bardzo dawnych. Odnośnie do alkoholu wiadomo z pewnością, że jednocześnie z odkryciem jego działania spostrzeżono również i przyzwyczajanie się do niego. Toż samo dotyczy prawdopodobnie opjum i wielu innych jadów. Przy truciznach, które nie wywołują euforji i które nie pozyskały takiego rozpowszechnienia jak alkohol lub opjum, odkryto przyzwyczajenie do nich w pewnych tylko okolicach. Jako przykład może posłużyć historja tak zwanych styryjskich pożeraczy arsenu, na których zwrócono uwagę dopiero w połowie ubiegłego wieku. W roku 1875 *Knapp* zademonstrował w Towarzystwie Lekarzy i Przyrodników w Gracu 25-letniego chłopa, który w obecności licznego audytorjum zażył 0,4 g kwasu arsenowego. U człowieka tego nie stwierdzono po zażyciu tej kolosalnej dawki trucizny żadnych objawów chorobowych; nazajutrz przedstawiono go powtórnie w doskonałym stanie zdrowia. Żaden człowiek nie mógłby chyba bez uprzedniego stopniowego przygotowania zażyć odrazu 0,4 g kwasu arsenowego. Conajmniej musiałyby wystąpić wymioty. Dla wyjaśnienia mechanizmu przyzwyczajania się do różnych trucizn, nie można powołać się na uodpornienie (występowanie antytoksyn po podaniu toksyn). Przyzwyczajenie do alkoholu zależy od szybkiego utleniania. Nałogowy pijak spala alkohol na kwas węglowy i wodę prędzej niż normalny człowiek. Przyzwyczajenie do morfiny prawdopodobnie również częściowo polega na szybszem utlenianiu. Na szczególną uwagę zasługuje okoliczność, że przyzwyczajenie do alkoholu czyni ustrój bardziej odpornym również i w stosunku do jadów pokrewnych. Z tego właśnie względu pijacy tak trudno poddają się działaniu usypiającemu chloroformu lub eteru. Pies przyzwyczajony do arszeniku okazuje się odporny również i w stosunku do miejscowych własności drażniących siarczanu miedzi. Przyzwyczajenie do arsenu polega tylko na stałem zmniejszaniu się wchłaniania trucizny z przewodu pokarmowego.

W ostatnich latach prawie we wszystkich państwach władze zajęły się energicznem zwalczaniem rozpowszechniania szkodliwych trucizn. Sprzedaż tak zwanych jadów odurzających (morfiny, kokainy i t. d.) podlega obecnie ścisłej i surowej kontroli prawnej. Pomyślnych wyników możnaby się było zwłaszcza spodziewać od ograniczenia wytwarzania nadmiernych ilości morfiny i t. d. Lekarzy oraz studentów medycyny i farmacji należałoby dokładnie pouczać, że morfinę, kokainę i t. d. wolno stosować jedynie przy bezwzględnie koniecznych wskazaniach. Lekkomyślne stosowanie strzykawki z morfiną sprawiło już nieraz wiele szkody. Dla Grecji i Egiptu wchodzi również w rachubę zwalczanie haszyszu. Nie można jednak powiedzieć, aby ta trucizna odgrywała rolę morfi-

NOVALGIN

Także i uporczywe przypadki

Polyarthritis rheumatica

poddają się działaniu leczniczemu Novalginy.

Cofanie się zmian zapalnych.

Szybkie ustępowanie bólów.

Nawet w przypadkach ciężkich napadów kamicy żółciowej lub nerkowej Novalgina zastępuje z powodzeniem wstrzykiwania morfiny.

Doskonała tolerancja nawet i przy ciężkich wadach serca.

Stosowanie
doustne i w postaci wstrzykiwań.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

rurki po 10 tabletek à 0.5 g	*zł. 4.—*
pudełka po 5 ampułek à 1 cm^3 roztwór 50%-owy	*zł. 5.15*
pudełka po 10 ampułek à 1 cm^3 roztwór 50%-owy	*zł. 7.60*
pudełka po 5 ampułek à 2 cm^3 roztwór 50%-owy	*zł. 7.60*
pudełka po 10 ampułek à 2 cm^3 roztwór 50%-owy	*13.55*



»Bayer«

LEVERKUSEN n/R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5.

ny, kokainy lub heroiny; prawo greckie zabrania już od wielu lat hodowli indyjskich konopi. Mimo to haszysz ciągle jeszcze jest tam stosunkowo rozpowszechniony. Przy zwalczaniu alkoholizmu zakaz alkoholowy oddaje bardzo małe usługi. Przepisy przeciwalkoholowe należy skierować przedewszystkiem przeciwko mocnym napojom alkoholowym; piwo bowiem i wino bardzo rzadko doprowadzają do alkoholizmu. Dobrym przykładem tych stosunków jest Grecja. Wino jest tam napojem ludowym. Mimo to bezpośrednie szkodliwe wpływy alkoholu należą w Grecji do rzadkości. W Macedonji zwiększyło się w ostatnich latach spożycie wódki, gdyż rozwinął się tam pogląd, jakoby wódka mogła chronić od zimnicy. Bez porównania niewinniejszy niż morfinizm, kokainizm lub alkoholizm jest „kofeinizm".

Kawę sprowadzono do Europy (do Włoch) po raz pierwszy w roku 1626. Pomimo licznych zarzutów, pomimo zakazu władz i ujemnych opinij lekarskich zwyczaj picia kawy rozpowszechnił się bardzo szybko. W roku 1690 było w Paryżu już 250 kawiarni. To rozpowszechnienie się kofeiny w postaci kawy polega przedewszystkiem na przyjemnie pobudzającem działaniu tego aromatycznego napoju. Wielokrotnie już stwierdzono, że kofeina istotnie wzmaga sprawność psychiczną. *Wedemeyer* wykazał, że na 9 osób badanych obserwowano u 6 pod wpływem kofeiny wyraźne skrócenie czasu niezbędnego dla wykonania zadanych obliczeń matematycznych, czyli że kofeina ułatwia i przyspiesza procesy mózgowe. Sprawności fizycznej kofeina natomiast nie zwiększa. *Herxheimer* badał wpływ kofeiny na zawodnikach podczas biegu 100-metrowego. Doświadczeń dokonano na 46 osobnikach, lecz pomyślnego wpływu kofeiny na szybkość biegania nie udało się wykazać. Działania pobudzającego można się spodziewać jedynie wtedy, gdy wchodzi w rachubę również i wpływ psychiczny.

Przewlekłe zatrucie kawą i herbatą zdarza się według podręczników toksykologji stosunkowo często, bywa jednak rzadko trafnie rozpoznane. Niektórzy pacjenci zupełnie nie znoszą napojów zawierających kofeinę. Utrata apetytu, bóle żołądkowe, mdłości, wymioty, zaparcie, nerwowe dolegliwości sercowe, szum w uszach — oto główne objawy przewlekłego zatrucia kofeiną. Przeprowadzoną raz przez pewnego lekarza próbę wypijania codziennie po 12 filiżanek mocnej herbaty trzeba było po dwóch tygodniach przerwać z powodu bezsenności i zaburzeń trawiennych. Mimo to szkodliwość kofeiny jest przy przewlekłem używaniu naogół niewielka. *Eichler* i *Mügge* podawali przez dłuższy czas duże dawki kofeiny (0,1 g na kg) białym szczurom; jak wynika z obserwacji 4 pokoleń przewlekłe to zatrucie, poza przemijającym spadkiem wagi, nie wpłynęło naogół szkodliwie na płodność ani na śmiertelność. Rokowanie przewlekłego zatrucia kawą lub herbatą jest od chwili przestrzegania abstynencji prawie bezwzględnie dobre. Przy silniejszych zaburzeniach nerwowych, utrzymujących się nadal pomimo zaprzestania picia kawy i herbaty, należy zastanowić się nad możliwością, że podłoże tego rodzaju istniało prawdopodobnie już przedtem i może nawet było częściowo bodźcem, skłaniającym właśnie do nadmiernego spożywania środka pobudzającego. Objawy abstynencji

polegają na pobudliwości nerwowej, depresji umysłowej, braku energji, osłabieniu fizycznem, biegunkach, małem tętnie i biciu serca. Przy zupełnej abstynencji objawy te znikają w ciągu około 2 — 3 miesięcy. Według *Wedemeyera* następuje z biegiem czasu pewne przyzwyczajenie do kofeiny, gdyż w doświadczeniach, dokonanych metodą *Kraepellina*, nad zdolnością wykonywania rachunków, stwierdzono przy przyjęciu ogółem 6 — 10 g kofeiny w ciągu 4 — 5 tygodni początkowo zwiększenie sprawności psychicznej a następnie osłabienie wpływu kofeiny na pracę umysłową. Dla osiągnięcia tej samej sprawności trzeba było pod koniec doświadczeń podwoić dawkę kofeiny. Nie mamy tu jednak, jak się zdaje, do czynienia z przyzwyczajeniem w znaczeniu zwiększenia zdolności ustroju do rozkładania kofeiny. *Stransky* obserwował przypadek kofeinizmu, dotyczący 36-letniej kobiety, która od 2 lat zjadała codziennie 5 lub więcej garści kawy ziarnistej, a pozatem wypijała jeszcze wiele szklanek czarnej kawy. Pacjentka ta była bardzo nerwowa i lubiła szczególnie zapach dziegciu, benzolu i zapach piwniczny. Po odstawieniu kawy wystąpiły początkowo objawy abstynencji (ogólne osłabienie), które jednak powoli cofnęły się zupełnie. — Według *Stransky'ego* kofeinizm zdarza się częściej, niż to się naogół przypuszcza. W każdym razie *Flury* jest jednak zdania, że ze wszystkich używek kofeina jest najniewinniejsza i że nie grozi ona niebezpieczeństwem przyzwyczajenia się i powstania poważniejszego nałogu.

Dr. Czesław Berger, Gwoździec, woj. stanisł.

OMNADYNA, JEJ ZASTOSOWANIE I SPOSÓB DZIAŁANIA.

Praca nagrodzona na konkursie, rozpisanym w r. 1933 przez Redakcję „Wiadomości Terapeutycznych".

Cały świat lekarski zna już dzisiaj Omnadynę, zna jej wartość i zasięg działania, weszła ona w skład naszego skarbca leczniczego i dziś trudno wyobrazić sobie lecznictwo wielu chorób, zwłaszcza zakaźnych, bez Omnadyny. Kto zetknął się bliżej z tym środkiem w chorobach ciężkich, często zda się straconych, trudno już potem obejdzie się bez zastrzyku Omnadyny. To też mówić o niej w chwili obecnej nie jest zbyt trudnem, tembardziej, że każdy lekarz rozporządza już mniej lub więcej wyrobionem doświadczeniem własnem o sposobie stosowania i działania Omnadyny.

Nie mam zamiaru pisać rozprawy naukowej na ten temat, nas lekarzy-praktyków, szczególnie na prowincji, więcej może zaciekawia sam sposób stosowania danego leku i jego skuteczność w odpowiednio dobranym przypadku. Dlatego przypomnę tylko, że Omnadyna, sporządzona na podstawie dobrze obmyślonego przepisu Prof. *Mucha*, przepisu, stanowiącego przedmiot kilkuletnich badań i doświadczeń, jest pewnego rodzaju szczepionką nieswoistą, mającą za zadanie uodpornienie chorego ustroju przeciw zarazkom, w danej chwili atakującym tenże ustrój.

Jeżeli uprzytomnimy sobie rozwój pewnej choroby, którą dotknięty jest ustrój ludzki i odczyn danego ustroju na zarazki tej choroby, dwie mamy przed sobą drogi leczniczego działania: 1) Zwalczanie samego zakażenia. 2) Wzmocnienie i uzbrojenie do walki zagrożonego ustroju. Naturalnie, że bliższy, lepszy i pewniejszy jest sposób pierwszy, niezawsze jednak jest on wykonalny, gdyż, jak niezawsze mamy do dyspozycji odpowiednie swoiste leki, tak z drugiej strony niezawsze już na początku wiemy, z jaką chorobą walkę podjąć musimy, zaś pośpiech odgrywa tu często tak ważną rolę. Dlatego o wiele częściej posłużyć nam się przyjdzie metodą drugą, przy której zwalczamy chorobę, podnosząc i potęgując siły obronne ustroju samego, przez zastosowanie w pierwszym rzędzie szczepionki swoistej, znów pod oboma, dopiero co wyłuszczonemi warunkami. I tu przekonamy się już wcześnie, że możność stosowania szczepionek swoistych jest, w stosunku do ilości chorób, jakże znikomo mała. Tak więc zaczęto szukać szczepionek nieswoistych, któreby pobudzały ustrój ludzki do wytwarzania przeciwciał, drogą łagodną, niemniej jednak pewną, bez wywoływania wstrząsów, niezawsze pożądanych w przebiegu chorób ciężkich. Środek taki udało się właśnie uzyskać, od kiedy doświadczenia naukowe wykryły, że bodźcem dla ustroju do wytwarzania odporników, mogących zwalczać inwazję chorobową, są związki białek, lipoidów i tłuszczów odpowiednio przygotowanych. W dążeniu do uzyskania takich związków udało się wytworzyć lek, pod nazwą Omnadyny, który jest właśnie szczepionką nieswoistą, doprowadzającą działaniem swem do wytworzenia się w ustroju uodpornienia nie swoistego, lecz właśnie ogólnego, pod postacią odczynu immunobiologicznego.

Stwierdzenie powyższych danych ma ogromne wprost znaczenie dla lecznictwa, zaś możność, a nawet wprost nakaz stosowania Omnadyny w najwcześniejszych okresach choroby podnosi niewspółmiernie znaczenie leku. Ileż to razy stajemy wobec zagadki choroby, nie mogąc rozpoznać jej mimo najskrupulatniejszych badań, nawet najnowszemi metodami badania. Wezwani do chorego, stwierdzamy początek ciężkiej choroby zakaźnej, zapad i ogólny zły stan chorego, co napawa otoczenie głęboką troską. W tym wypadku starszy, doświadczony, a przedewszystkiem wzięty lekarz, nie zawaha się oświadczyć, że w tej chwili jeszcze choroby nie rozpoznaje, ograniczy się więc do wydania kilku niezbędnych zarządzeń i postanowi obserwować przebieg choroby. To samo uczyni zapewne i młody, pełen najlepszych chęci lekarz, któremu jednak nie wolno, pod grozą utraty zaufania swej klienteli, przyznać się, że choroby chwilowo nie rozpoznaje. Nie zmienia to postaci rzeczy, że obaj lekarze, i ten starszy, i ten młodszy kolega, zmuszeni są coś przedsięwziąć, aby chorego do czekającej go walki na życie i śmierć przygotować, nie zaś tylko, „ut aliquid fecisse videatur...". Kto już w życiu w podobnej znalazł się opresji, zdaje sobie łatwo sprawę, jaka wówczas na lekarzu odpowiedzialność spoczywa, kto jednak, jak piszący te słowa, sam był w położeniu chorego i miał tę pełną świadomość, że ani sam, ani przyzwani koledzy nie mogą rozjaśnić

mrocznej tajemnicy rozwijającej się choroby, ten zrozumie grozę położenia chorego. A przecież wcale obojętnem nie jest, czy i kiedy zastosujemy odpowiedni lek, np. surowicę błoniczą, czy płoniczą, nie znając tolerancji chorego na surowicę wogóle i narażając go, może bez potrzeby, na wstrząs, czasem równie niebezpieczny, jak sama choroba. Nie wiem co natchnęło Prof. *Mucha* myślą szukania środka nieswoistego, mogącego w pierwszych okresach choroby przygotować ustrój do walki z samą chorobą, zanim nie rozwinie się ona dostatecznie, aby wolno nam było wytoczyć największe działo, swoistą surowicę, o ile oczywiście takowa istnieje. Mam jednak niezłomną pewność, że autor prac, uwieńczonych wytworzeniem Omnadyny, kierować się musiał w swych dążeniach rozważaniami, jakie miałem sposobność wyżej przedstawić. Równocześnie jednak mieć musiał uczony ten zupełną pewność, że wynaleziony przezeń środek jest całkowicie bezpieczny, nieszkodliwy i nie stoi na przeszkodzie późniejszemu czy równoczesnemu stosowaniu innych środków leczniczych, a w szczególności, i to podkreślić należy, surowic swoistych. Pewność ta została uzyskana, zanim Omnadinę oddano do użytku ogółu świata lekarskiego.

Z Omnadyną zapoznałem się po raz pierwszy w listopadzie 1924 roku. Miałem wówczas w leczeniu 5-cioletnią dziewczynkę, u której w przebiegu ciężkiej odry wytworzyło się zapalenie płuc odoskrzelowe, powodując znaczne i stale zwiększające się pogorszenie i tak nienajlepszego stanu chorego dziecka. Stanąłem bezradny, podświadomie czując, że chciałbym dziecko jakoś uzbroić, czy nastroić przeciw wrogowi, lecz nie mam na to sposobu. Z tej mojej opresji wyratował mnie przyzwany na naradę kolega, przywożąc ze sobą nowy środek Omnadynę. Jak tonący brzytwy chwyciłem się tego środka i zacząłem go podawać. Skutek przeszedł moje oczekiwanie: ciepłota zaczęła się obniżać, objawy odry znikały, stan zapalny w płucach ustępował, dziecko zupełnie powróciło do zdrowia. Miałem pełną świadomość, że Omnadyna pomogła. Po tym, tak widocznym skutku, zainteresowałem się bliżej samym lekiem, rozszerzając równocześnie zasięg jego stosowania w mojej praktyce. Szczególnie dawała mi się wtedy we znaki róża, której leczyłem kilkanaście przypadków. Czy to dzięki nadzwyczajnej zjadliwości zarazków róży, czy zmniejszonej odporności chorych, — a było to zimą, — przypadki róży przebiegały niezwykle ciężko, powodując około 10%-ową śmiertelność i wymagając bardzo starannej opieki nad chorym, przyczem samo leczenie miejscowe róży nie miało wpływu na przebieg choroby. Po raz nie pierwszy zdawała się potwierdzać stara zasada dawnych lekarzy, że ta sama choroba przebiega okresami słabszego i silniejszego nasilenia, a przyczyna tego niezawsze jest jasną. Zacząłem wówczas stosować na wielką skalę Omnadynę i to już w pierwszych zaraz początkach róży, nie zaniedbując oczywiście leczenia miejscowego i środków nasercowych. Od tego czasu minęło lat 8; w ciągu tych lat nie zmarł ani jeden chory, leczony przeze mnie na różę w powyższy sposób. Ilość zastrzyków Omnadyny wynosiła od 3 — 8 w poszczególnych wypadkach.

W roku 1927 zachorowało moje 2-letnie wówczas dziecko wśród objawów nieokreślonych, „grypowych", z wymiotami i bólem gardła, bez jakiejkolwiek wysypki. Nie mogąc postawić rozpoznania, nie stosowałem żadnego innego leczenia, a tylko wstrzykiwałem obficie Omnadynę. Stan dziecka poprawiał się i gdyby nie powikłania, dziecko szybko powróciłoby do zdrowia, co zresztą i tak po 6-ciu tygodniach nastąpiło. Z dalszego przebiegu, a mianowicie łuszczenia płatowego skóry, powikłania (zapalenie ucha środkowego) i nowego wypadku choroby w otoczeniu, okazało się, że mieliśmy do czynienia z płonicą, nierozeznaną z powodu braku wysypki, a w którym to wypadku Omnadyna zastąpiła podanie surowicy swoistej, doprowadzając do pomyślnego wyniku. Podobnie jak surowica przeciwpłonicza podziałała Omnadyna na przebieg samej płonicy, skracając czas choroby, obniżając ciepłotę i podnosząc znakomicie samopoczucie chorego, przytem działanie to było wolniejsze i mniej silne. Za to na występujące powikłania, od których, jak wiadomo, i surowica nie chroni, wywiera Omnadyna znakomity wpływ, łagodząc je i redukując do minimum. Jakkolwiek nikomu doradzać nie można zastąpienia surowicy przeciwpłoniczej Omnadyną, co mijałoby się z celem stosowania Omnadyny, chciałem tu tylko wykazać, jak, mimowoli, zdołałem wypróbować wartość leczniczą Omnadyny u własnego dziecka przy ciężkiej chorobie zakaźnej, bez surowicy właściwej, z dobrym jednak wynikiem. W dalszym przebiegu tejże płonicy podawałem dalej Omnadynę, dzięki czemu udało się doprowadzić do zupełnego wyleczenia wspomniane wyżej, dość zresztą przykre powikłanie uszne, bez jakichkolwiek następstw.

Ciekawy był również następujący wypadek z mojej obserwacji: zimą 1930 r. wezwano mnie w nocy do pacjentki, która przed godziną poroniła w VI miesiącu. Pomimo zastosowania wszelkich możliwych środków krwawienie nie ustawało, lub wznawiało się po silnych wymiotach, jakie towarzyszyły tej sprawie chorobowej, odbierając chorej resztki sił. Byłem już pewien niepomyślnego zejścia, gdy nagle nad ranem krwawienie ustało, poprostu wskutek bardzo już niskiego parcia krwi w następstwie tak znacznej jej utraty. Dzięki wlewaniom podskórnym roztworu NaCl i obfitemu podawaniu napojów udało się chorą przez następne 2 dni utrzymać przy życiu. Trzeciego jednak dnia wystąpiły silne dreszcze, ciepłota podniosła się do 39°, chora stała się zamroczoną, na pół senną, zaczęła się pocić; tętno szybkie, drobne, nieregularne, brzuch wzdęty, odchody z pochwy mocno cuchnące, jednem słowem zupełny obraz rozwiniętego zakażenia połogowego. Wobec ciężkiego stanu chorej, przy uwzględnieniu zupełnego prawie braku sił żywotnych wyniszczonego organizmu, rokowanie było oczywiście całkiem niepewne. Obok podania okładów z lodu i przetworów sporyszu, chwyciłem się jako „ultimum refugium" wstrzykiwań Omnadyny 2 razy dziennie. Stan chorej powoli poprawiał się. Na drugi dzień sprowadziła rodzina na naradę profesora B. jednego z najwybitniejszych polskich specjalistów. Jakaż była moja radość, gdy Consiliarius mój wręczył mi 6 ampułek Omnadyny, polecając gorąco zastosować

je u chorej, gdyż doświadczenia robione ostatnio na klinice uniwersyteckiej w L. z Omnadyną w zakażeniach połogowych jaknajlepsze dały wyniki. Nie bez dumy oświadczyłem, że Omnadynę właśnie podaję, znając już ten lek od 6-ciu lat. I tutaj Omnadyna, podana w ilości razem 12 wstrzykiwań, wywołała najlepszy skutek; pacjentka nasza wróciła zupełnie do zdrowia, któremu się do dziś cieszy.

I jeszcze jeden wypadek, tem charakterystyczniejszy, że Omnadynę stosowałem u siebie samego, w warunkach zupełnie wyjątkowych. W lutym 1932 zachorowałem nagle pośród najlepszego zdrowia z objawami silnych dreszczów, szybko wznoszącej się gorączki i ogólnego „złamania". Czułem się bardzo źle, chociaż nie mogłem wykryć u siebie szczególnego ogniska choroby. Na dobitek złego, moja „aurea praxis" tak była w tym czasie duża, że czasu nie miałem w łóżku poleżeć. Sam nie wiedziałem co mi brakuje, w pobliżu nie było doświadczonego kolegi, któremu mógłbym swoje zdrowie zaufać. Z jednego sobie tylko sprawę zdawałem: jestem ciężko chory! Zastosowałem środki napotne, bańki, okłady i t. d. lecz bez skutku, wreszcie zacząłem, bezradny, wstrzykiwać sobie Omnadynę, obserwując jej działanie na sobie. Po zastrzyku, zresztą niebolesnym, odczuwałem jakgdyby ciepło rozchodzące się po całem ciele, nie miałem jednak uczucia wzmagającej się gorączki; zaczynało się to w około ½ godziny po zastrzyku i trwało 1½ — 2 godzin, a było prawdopodobnie wyrazem przestrajania się ustroju pod wpływem Omnadyny. W 2 dni po rozpoczęciu tego leczenia wystąpiła obfita osutka, którą rozpoznałem jako osutkę duru plamistego. Pomny, jak ciężko lekarz wytrzymuje tyfus plamisty, który już tyle ofiar wśród lekarzy pochłonął, zdałem sobie odrazu sprawę z grozy mego położenia. To też wezwanym do siebie Kolegom poleciłem gorąco, aby obok zwykłego leczenia nie skąpili mi wstrzykiwań Omnadyny, a polecenia te moje tem były pilniejsze, że liczyłem się z szybką utratą przytomności. Jakkolwiek wypadek choroby mojej był ciężki, to jednak, nie licząc przemijających krótkotrwałych zamroczeń, przez cały czas byłem przytomny i chorobę przetrwałem bez powikłań lub następstw, po 14-tu dniach średnio-wysokiej gorączki 38,5 — 39,5. Również i tym razem odniosłem wrażenie, że wcześnie podana Omnadyna bardzo dobre oddała mi usługi.

Jak z kilku tych wypadków mojej codziennej praktyki widać, nie zawiodłem się nigdy na działaniu Omnadyny i miałem rezultaty leczenia zawsze dobre, posiadłem jednak w długoletniej praktyce doskonale technikę stosowania tego środka, co nieodzownem mi się wydaje dla osiągnięcia takich, jak moje, wyników. Naturalnie nie miejsce tu na wyliczenie, choćby w części, tych dziesiątków przypadków różnych chorób, znajdujących się na porządku dziennym, w których Omnadynę stosuję jako całkiem normalny, nieodzowny lek, że wymienię tu grypę we wszystkich odmianach i odcieniach, różne choroby t. zw. „z przeziębienia", gościec, zapalenie opon mózgowych, no i przedewszystkiem ogół chorób zakaźnych, w jakie obfitują okolice, przeze mnie ob-

sługiwane. Technika stosowania i podawania Omnadyny, o której przed chwilą wspomniałem, na 2 polega zasadach: I. Rozpoczynam wstrzykiwania Omnadyny domięśniowo zaraz w początkach choroby, względnie mego przybycia do chorego, nawet jeszcze przed ostatecznem rozpoznaniem, jeżeli ono nie jest zaraz możliwe. II. Wstrzykiwania robię, zależnie od powagi objawów choroby raz do dwóch razy dziennie, konsekwentnie, bez oglądania się na skutek w postaci spadku ciepłoty i ustępowania innych objawów, które mogą się jeszcze jakiś czas utrzymywać. W ten sposób wyobrażam sobie, że obok przestrajania i szczepienia chorego ustroju, stwarzam sobie odpowiednie „depot“ Omnadyny, co zapewnia mi dłuższe jej działanie, aż do pomyślnego końca choroby. Na tej drodze pilnie przeprowadzone leczenie zawsze dawało mi lepsze wyniki, zwłaszcza, że Omnadynę podawałem przez czas jakiś, nawet po ustąpieniu objawów danej choroby. Naturalnie, że sposób ten możliwy jest w zastosowaniu do Omnadyny, która nie wywołuje żadnych zgoła objawów ubocznych, jak wstrząsu lub wprost anafilaksji.

Reasumując wszystko wyżej powiedziane, stwierdzam na podstawie 9-letniego mojego doświadczenia, że Omnadyna jest lekiem, bez którego lecznictwo nowoczesne obejść się nie może, a to dlatego, że jak żaden inny lek działa na uruchomienie i wzmożenie sił obronnych ustroju, nie będąc równocześnie nastawionym na pewne tylko bodźce chorobotwórcze, co tak wybitnie ma miejsce w działaniu surowic i szczepionek swoistych. Z tego już jasno wynika, że domeną działania tego nowoczesnego środka są przedewszystkiem choroby zakaźne, a dalej choroby spowodowane działaniem drobnoustrojów na pewne narządy, np. zapalenie płuc, zakażenie połogowe, ropienia i ropnice. O ile to możliwe, należy obok Omnadyny stosować leczenie swoiste, które w tych wypadkach jest znacznie w działaniu swem wzmocnione. Naturalnie naczelną zasadą jest, by zastosować Omnadynę możliwie najwcześniej i w ilości odpowiednio dużej, nie oglądając się na szybkość jej działania. Wszelkie fizykalne zabiegi należy w pełni wykorzystać, to samo dotyczy diety. Nigdy, ani w swojej praktyce, ani w dostępnem mi piśmiennictwie, nie spotkałem się z ujemnem działaniem Omnadyny, co również podnieść muszę. Jest to więc lek w całem tego słowa znaczeniu wysokowartościowy, zupełnie, pod każdym względem nieszkodliwy, mający zatem szerokie zastosowanie, bez jakiegokolwiek przeciwwskazania i bez względu na wiek chorego, a jako wyrabiany w kraju, jest zawsze, w nieograniczonej ilości dla każdego lekarza łatwo dostępny.

Dr. Adolf Wiedemann, Zakład dla umysłowo i nerwowo chorych w Hall w Tyrolu.

LECZENIE PADACZKI.

(Referat według W. M. W. 1933, Nr. 32).

Autor zdaje sprawę z wyników leczenia epileptyków zapomocą Prominalu. Materjał jego składał się wyłącznie z ciężko chorych, których nie można było pozostawiać pod opieką domową i trzeba było bezwarunkowo umieszczać w zamkniętym zakładzie leczniczym. Prominal, czyli etylo-fenylo-N-metylo-malonylo-mocznik różni się od Luminalu tem, że przy całkowitem zachowaniu działania przeciwepileptycznego wywiera na chorych znacznie mniejsze działanie nasenne; pozatem toksyczność Prominalu jest o 30% mniejsza od toksyczności Luminalu. Leczenie Prominalem rozpoczynano w ten sposób, że chorzy otrzymywali początkowo nadal brom lub Luminal w coraz mniejszych dawkach, a jednocześnie podawano im małe dawki Prominalu. Właściwa lecznicza dawka Prominalu wynosiła 0,1 — 0,4 g. Jako przykłady przeciwepileptycznego sposobu działania Prominalu autor przytacza w streszczeniu 6 historyj chorób:

1. E. A., lat 50; odczyny na kiłę ujemne; napady padaczkowe rozpoczęły się w 15-ym roku życia. Od 30 lat pacjentka znajduje się w przytułku; ostatnio z powodu ciężkości napadów i stanów zamroczenia ponapadowego przeniesiono ją do zakładu dla nerwowo chorych. Po bromie z Luminalem chora nieco spokojniejsza, jednakże stany zamroczenia przed napadami i po napadach utrzymują się bez zmiany. Pod wpływem Prominalu samopoczucie i stan psychiczny chorej poprawiły się wyraźnie. Prominal podawano w ciągu 4 tygodni; chora nie miała w tym czasie ani jednego ciężkiego napadu; po dwóch lekkich napadach nieznaczne stany zamroczenia. Po odstawieniu Prominalu nowe wystąpienie ciężkich przewlekłych napadów i epileptycznych stanów zamroczenia.

2. H. L., lat 28, typowe napady padaczkowe od 1926 roku. Napady występują przeważnie w okresie miesiączkowania. Chora otrzymuje po 0,2 g Prominalu dziennie. Od miesiąca napady ustały zupełnie, pacjentka jest zdolna do pracy. Chora podaje, że poprzednio podczas zażywania Luminalu (po 0,2 g dziennie w ciągu długich lat) była zawsze jakby nieco senna, gdy obecnie, przy takiej samej dawce Prominalu, żadnej senności nie odczuwa

3. M. K., ciężka padaczka od 9-go roku życia. Nadzwyczajna skłonność do napadów, tak że ostatnie okresy beznapadowe nie trwają dłużej niż 3 — 7 dni. Po ciężkich napadach stany zamroczenia, podczas których chora zachowuje się w sposób gwałtowny. Po czterotygodniowem przyjmowaniu Prominalu chora znacznie spokojniejsza, odnosi się do otoczenia życzliwie, może wykonywać pracę mechaniczną.

4. P. M., lat 25, bardzo częste napady padaczkowe od 13-go roku życia, ciężki stan otępienia umysłowego. Leczenie zapomocą Prominalu żadnego wpływu na stan chorej nie wykazało.

5. A. S., lat 29, od 10-go roku życia ciężkie napady padaczki, usposobienie gwałtowne. W ciągu 4 tygodni 0,4 g Prominalu i 0,15 Luminalu dziennie; podczas leczenia dwa ciężkie napady z krótkotrwałemi stanami zamroczenia. Pozatem pobudliwość znacznie mniejsza; chora spokojniejsza, stan psychiczny o wiele lepszy.

6. M. T., lat 35, zupełne otępienie umysłowe. Prominal w dawce po 0,6 g dziennie pozostał bez skutku.

7. M. T., lat 42, napady histeryczne naprzemian z typowemi padaczkowemi. Pod wpływem Prominalu (po 0,3 g dziennie) początkowo poprawa; w ciągu 3 tygodni napadów nie było, następnie powrót do stanu poprzedniego.

W przypadkach, w których Prominal zawodził, również i inne leki, z wyjątkiem 2 lekkich przypadków, okazywały się bezskuteczne. Większość chorych, znajdujących się w zakładzie, reagowała na działanie Prominalu w sposób pomyślny, pomimo że materjał autora składał się prawie wyłącznie z przypadków ciężkich. Epileptycy stawali się pod wpływem Prominalu spokojniejsi, zachowywali się łagodniej, pobudliwość ich zmniejszała się znacznie, również i psychika ich powracała do pewnego stopnia równowagi, tak że większość mogła się nawet zajmować odpowiednią dla nich pracą. Jedynie dwie epileptyczki z wyjątkowo ciężkiemi napadami, znajdujące się w stanie zupełnego otępienia umysłowego, nie reagowały wcale na Prominal. Zamiast Prominalu można podawać z powodzeniem również i odpowiednią kombinację Luminalu z Prominalem. Przypadków lekkich z epilepsia vertiginosa, petit mal i łagodnemi równoważnikami padaczki autor nie obserwował, gdyż przypadki takie, jako niewymagające leczenia zakładowego, pozostają zwykle pod opieką domową. Działania nasennego Prominal nie wykazywał wcale, działanie uspokajające było bardzo wyraźne. Liczba napadów, występujących u chorych leczonych Prominalem, była znacznie mniejsza niż u chorych leczonych Luminalem i bromem lub innemi preparatami. To zmniejszenie się częstości napadów dotyczyło również i okresów wzmożonej skłonności do napadów. Żadnych objawów niepożądanego lub ubocznego działania Prominalu nie obserwowano ani razu.

Autor wspomina na zakończenie jeszcze o jednej pacjentce z ciężką bezsennością i objawami psychopatycznemi (stany lękowe); chorą tę leczono Prominalem (3 razy dziennie po 0,2 g); wynik okazał się znakomity. Pacjentka, która codziennie już od wielu lat brała różne środki nasenne, spała obecnie doskonale, nie przyjmując wieczorem żadnych specjalnych leków nasennych. Stan psychiczny poprawił się doskonale. Spostrzeżenie powyższe nasuwa przypuszczenie, że Prominal może okazać się skutecznym nietylko przy padaczce lecz również i przy innych psychozach.

Dr. KAROL SCHMIDT. Klinika okulistyczna w Bonn.

ZNIECZULENIE W OKULISTYCE.

(Referat według odczytu wygłoszonego 15.XI.31 na Zjeździe okulistów w Düsseldorfie).

Środki zastępujące kokainę, stosowane dotychczas w okulistyce, wykazywały w porównaniu z kokainą zbyt słabe powierzchniowe działanie znieczulające i jedyna ich zaleta polegała na lepszej tolerancji. Pomijając już okoliczność, że kokaina przedstawia niebezpieczny jad odurzający, prowadzi ona czasem przy częstem stosowaniu do ciężkich uszkodzeń rogówki. Dla mie-

rzenia ciśnienia ocznego kokaina wogóle się nie nadaje. Z tych względów autor zajął się badaniem wartości znieczulania powierzchniowego zapomocą Pantocainy w praktyce okulistycznej.

Badania autora dotyczyły tylko znieczulania zapomocą wkraplania. Dla celów znieczulania infiltracyjnego Novocaina w 1 — 2%-owych roztworach odpowiada bez zastrzeżeń wszelkim wymaganiom. Pantocaina jest preparatem nadzwyczaj trwałym. Nawet kilkagodzinne gotowanie nie zmienia wcale jej działania. Dla powierzchniowego znieczulania oka autor stosował Pantocainę w ½, 1 i 2%-owych roztworach z dodatkiem Suprareniny lub bez niej. Znieczulenie występowało już w kilka sekund po wkropleniu i utrzymywało się według spostrzeżeń autora conajmniej przez 3 kwadranse. Przy wkraplaniu wszyscy pacjenci odczuwali umiarkowane, bardzo krótkotrwałe palenie, które, jak autor przekonał się również w licznych doświadczeniach na samym sobie, nie było jednakże silniejsze niż palenie przy Holocainie i t. p. Dodatek Suprareniny wrażenia palenia nie zmniejszał. Już jedno- lub dwurazowe wkroplenie ½%-owego roztworu daje w znakomitej większości przypadków zupełnie wystarczające znieczulenie. Dla przypalania spojówek azotanem srebra, dla usuwania powierzchownie tkwiących ciał obcych i t. d. roztwory Pantocainy ½ a nawet ¼%-owe mogą dawać dostateczne znieczulenie. Wobec tego jednak, że dla niektórych zabiegów, jak np. kauteryzacji brzegu powiek, usuwania głębiej tkwiących ciał obcych i t. d., niezbędne jest znieczulenie mocniejsze, autor stosował w odpowiednich przypadkach również i roztwory 1%- lub 2%-owe. Przy wszystkich wchodzących tu w rachubę zabiegach 1%-owy roztwór okazał się zupełnie wystarczający i z tego względu autor stosuje obecnie zasadniczo już tylko roztwór 1%-owy. Spostrzeżenia autora, dotyczące znieczulania oka zapomocą 1%-owego roztworu Pantocainy, dotyczą 1200 przypadków, przyczem ani razu nie stwierdzono żadnych oznak szkodliwego działania ubocznego. W powierzchniowem znieczuleniu pantocainowem dokonywano tonometrji, usuwania ciał obcych, przypalania brzegu powiek, nakłuwania komory przedniej, nakłuć z następczem usuwaniem ciała obcego z komory przedniej, a czasami również i sklerotomji tylnej. Nawet pięciokrotnie powtarzane w ciągu jednego dnia wkraplanie Pantocainy przy pięciokrotnej tonometrji nie wywoływało żadnych zaburzeń. Również i tonometrja po próbie wodnej, przy której w ciągu około 4 godzin dokonywano tonometrji 10 razy, nie wywołała pomimo tak częstego stosowania Pantocainy żadnych objawów ubocznych. Na ciśnienie oczne Pantocaina żadnego wpływu nie wykazywała. Zaledwie w jednym jedynym przypadku stwierdzono pewną nadwrażliwość na Pantocainę: obustronne wkroplenie Pantocainy wywołało u tej pacjentki przemijające zaczerwienienie okolicy powiek, które jednakże w ciągu kilku godzin cofnęło się bez śladu. Przy następnie dokonanem znieczuleniu zapomocą kokainy wystąpiły u chorej znowu prawie zupełnie takie same objawy. Licznych chorych badano bezpośrednio po wkropleniu 1%-owego roztworu zapomocą lampy szczelinowej, przyczem żadnych wyraźniejszych

zmian na powierzchni rogówki nie zauważono. Pantocaina nigdy nie wywoływała żadnych zmętnień lub odwarstwień nabłonka, jakie się tak często stwierdza pod wpływem kokainy.

Autor stosował Pantocainę dla znieczulania powierzchniowego również i przy zabiegach wewnątrzgałkowych; także i tutaj jednorazowe wkroplenie okazuje się zupełnie wystarczające. Podspojówkowe wstrzyknięcie Novocainy przed zabiegami wewnątrzgałkowemi jest wówczas zupełnie niebolesne.

Wyniki badań doświadczalnych i klinicznych dowodzą w sposób przekonywujący, że Pantocaina przedstawia pełnowartościową namiastkę kokainy, która w porównaniu z innemi zwykle stosowanemi środkami, zastępującemi kokainę, wyróżnia się szybszem działaniem i lepszą tolerancją. Z powyższych względów na klinice okulistycznej w Bonn kokainy już się wcale nie stosuje i zastępuje się ją zawsze z całkowitem powodzeniem Pantocainą.

Oprócz stosowania Pantocainy w kroplach stosowano ją z dobremi wynikami również i w postaci maści, przeważnie w ½%-owem stężeniu. Maść ta dawała bardzo dobre wyniki przy nadzwyczaj bolesnych oparzeniach rogówki i spojówek. Działanie uśmierzające bóle było doskonałe. Również i długotrwałe stosowanie maści nie powodowało żadnych uszkodzeń rogówki.

Z dodatkiem Suprareniny do Pantocainy postępujemy zupełnie tak samo jak przy kokainie. Dążąc do uproszczenia techniki postępowania i do usunięcia możliwości jakichkolwiek omyłek, autor stosuje obecnie zarówno w praktyce poliklinicznej jak i klinicznej tylko 1%-owy roztwór Pantocainy, który we wszystkich przypadkach okazuje się całkowicie wystarczający i daje zupełnie dostateczne wyniki znieczulające. Roztwory Pantocainy nie ulegają z biegiem czasu żadnym zmianom i można je przechowywać dowolnie długo.

HISTORJA PROFILAKTYKI PRZECIWWENERYCZNEJ.

(Referat według Revue des Progrès Thérapeutiques, tom. IV, Nr. 11).

Pomimo, że choroby weneryczne już od dawnych czasów pochłaniały bardzo liczne ofiary i stanowiły zawsze wielką klęskę społeczną, rozwój profilaktyki przeciwwenerycznej datuje się stosunkowo od niedawna. Już szkoła Salerneńska zalecała wprawdzie oddawanie moczu post coitum, przepis zarówno prosty jak i pożyteczny, lecz przeważnie jednak nieprzestrzegany. Różne balsamy zapobiegawcze nie cieszyły się nigdy powodzeniem, z powodu swej oczywistej bezskuteczności.

Pierwsza znana wzmianka o mechanicznym środku ochronnym, mającym na celu uniemożliwienie zetknięcia z czynnikiem chorobotwórczym, znajduje się w pracy znakomitego anatoma Fallopjusza, która ukazała się w r. 1555 pod tytułem: „De preservatione a Caire Gallica“. Autor zaleca przedewszystkiem staranne obmywanie części płciowych przed i po stosunku; znowu sposób

mądry i łatwy, a jednak zwykle lekceważony. Następnie Fallopjusz radzi pokrywać członek otoczką z cienkiej bielizny, zwilżonej w odwarze ściągających ziół. Metoda Fallopjusza nie mogła jednak skutecznie zapobiegać zarażeniu, zarówno ze względu na przepuszczalność płótna jak i bardzo wątpliwe działanie odwaru.

W r. 1717 Daniel Turner ogłasza w Londynie pracę pod tytułem „Syphilis, a practical dissertation on the veneral disease". Autor omawia działanie pewnego rozpowszechnionego wówczas leku, który określa jedynie słowami „the external or local application". Pomimo że Turner nie podaje cech tego lekarstwa, wydaje się jednak prawdopodobne, że był to preparat rtęciowy; autor wygłasza bowiem zdanie, że wbrew panującym poglądom rtęć nie jest środkiem odpowiednim dla leczenia rzeżączki i wdaje się w razważania anatomiczne, aby wykazać, że zewnętrzne stosowanie leku nie jest w stanie zniszczyć czynnika chorobotwórczego, „który przenika licznemi niedostępnemi drogami". Następnie Turner omawia „condum", którego nazwę znajdujemy po raz pierwszy właśnie w jego pracy. „Jest to — pisze Turner — jeden z najlepszych środków zapobiegawczych, z których korzystają nasi rozpustnicy".

Astruc, znakomity profesor paryski, pisze w swem dziele o chorobach wenerycznych (wydanie francuskie, 1777): „Słyszałem, że w Anglji wielcy rozpustnicy, spędzający swe życie w ramionach prostytutek, korzystają od pewnego czasu z woreczka zrobionego z bardzo cienkiej błonki, który nazywa się po angielsku condum..."

W sprawie pochodzenia tego aparatu i jego nazwy istnieje wiele sprzecznych poglądów. Swediaur, lekarz szwajcarski, osiadły w Paryżu, przypisuje wynalezienie tego małego woreczka, wyrabianego z ślepej kiszki jagniąt, pewnemu londyńczykowi nazwiskiem Condom; ten Condom prawdopodobnie jednak nigdy nie istniał; dla poparcia swego dowodzenia autor przypuszcza, że Condom był zmuszony do zmiany swego nazwiska, zniesławionego w opinji publicznej tem odkryciem.

Według Le Pileura, długoletniego lekarza więzienia Saint-Lazare, istotne pochodzenie nazwy condom jest następujące: condum jest to czwarty przypadek słowa condus, pochodzącego od condere — chować, chronić (condere gladium — schować miecz do pochwy). Nazwisko wynalazcy pozostanie, prawdopodobnie, nazawsze nieznane, gdyż nie jest wykluczone, że był nim jakiś robotnik, wyprawiający kiszki zwierzęce, któremu budowa kiszki ślepej barana nasunęła myśl wykorzystania tej kiszki w omawianym celu.

W r. 1774 ukazał się podręcznik chorób wenerycznych Cezana, dziekana wydziału lekarskiego Uniwersytetu Paryskiego; otóż w książce tej znajdujemy po raz pierwszy określenie popularne „tego instrumentu, znanego pod nazwą tużurka angielskiego lub kondoma".

Wielokrotnie zalecano również środki ochronne w postaci pasty; uczeń Fallopjusza, Agato, zalecał dla zapobiegania zarażenia się stoso-

wać specjalną posypkę z cynobru. Ranchin radzi korzystać w tym celu z płynnego plastra Vigo.

Metodę tę wznowił i zmodyfikował w r. 1733 Desault z Bordeaux, który zaleca stosowanie post coitum maści rtęciowej. Desault przypuszczał, że „zarodek choroby wenerycznej składa się z małych niedostrzegalnych robaczków, które przechodzą podczas stosunku z jednego organizmu do drugiego i następnie obficie się rozmnażają". Jako jeden z dowodów słuszności swej hipotezy autor przytacza twierdzenie filozofów, którzy uważają, że „pluskwy, pchły, wszy i t. p. mają na sobie inne owady jeszcze od nich mniejsze". Według Desaulta „działanie lecznicze rtęci w przypadkach syfilisu polega na zabijaniu tych właśnie małych chorobotwórczych robaczków, znajdujących się we wnętrzu organizmu; można więc uznać, że te same związki lecznicze, zastosowane zewnętrznie, mogą je unieszkodliwić, zanim zarazki zdążą przeniknąć do organizmu". Pomimo, że metoda Desaulta nie okazała się skuteczną, prawdopodobnie głównie z powodu nieodpowiedniej techniki, to jednak przytoczyliśmy tu ciekawe poglądy tego autora, gdyż wydają się one nam obecnie z pewnością mniej śmieszne niż jego współczesnym.

W roku 1771 J. Warren w swej książce „Nouvelle méthode pour guérir la gonorrhée virulente et pour s'en garantir" (nie zapominajmy, że aż do połowy ubiegłego wieku uważano, iż choroby weneryczne należą do jednego tylko gatunku), poleca następujący zespół przeciwwenerycznych środków zapobiegawczych, które radzi mieć ze sobą: pudełeczko maści rtęciowej, flakonik słabego roztworu węglanu potasu i cewnik. Skomplikowana metoda Warrena nie mogła mieć jednak powodzenia. Rozpustnicy angielscy woleli nosić przy sobie w ozdobnych pudełeczkach kawałek słoniny, której również widocznie przypisywano własności profilaktyczne.

Guilbert de Preval, znany lekarz paryski, sprzedawał około roku 1770 „wodę przeciwweneryczną"; flakon kosztował jednego ludwika. Pomimo, że wynalazca zapewniał, iż preparat jego nie zawiera rtęci, analiza jednak wykazała w nim obecność związków rtęciowych, coprawda w dawkach tak małych, że nie mogły one wykazywać żadnego działania zapobiegawczego ani leczniczego (Tissier i de Horne). Wodę przeciwweneryczną uznano za bezwartościową, a doktora Prevala skreślono z listy lekarzy fakultetu paryskiego, coprawda nie z racji sprzedawania nieczynnego lekarstwa, lecz z powodu wykonywania doświadczeń, mających na celu wykazanie wartości wody, a uznanych za niemoralne.

Inni autorzy jednak, a wśród nich również i John Hunter (1786) uznawali działanie zapobiegawcze roztworów rtęciowych.

W roku 1811, pewien lekarz, nazwiskiem Lune Calderon, wynalazł lekarstwo o tajemnym składzie, które miało chronić w niezawodny sposób przed chorobami wenerycznemi. Dla wykazania istotnej skuteczności swego leku Calderon chciał wykonać odpowiednie doświadczenia, których nie mógł jednak przeprowadzić z powodu braku amatorów dla tak ryzykownego ekspe-

rymentu. Był nawet projekt, aby wykorzystać w tym celu przestępców, którym darowanoby za to karę; projekt ten jednak nie uzyskał zatwierdzenia władz. Wobec braku chętnych Calderon wykonał doświadczenie na samym sobie; protokół tych doświadczeń zachował się do dnia dzisiejszego. Calderon zaszczepił sobie w kilku miejscach ropę z owrzodzeń wenerycznych. Doświadczenie polegało na tem, że niektóre miejsca szczepienia poddano działaniu lekarstwa, a inne pozostawiono bez żadnego leczenia. Czas wylęgania owrzodzeń nasuwa jednak przypuszczenie, że zastosowana ropa pochodziła z wrzodu miękkiego; pozatem zabiegi mechaniczne, towarzyszące zastosowaniu tajemnego leku, przyczyniły się, prawdopodobnie, do zniszczenia zarazków. Pomimo powodzenia doświadczenia, środek Calderona nie rozpowszechnił się prawie wcale i szybko został zupełnie zapomniany.

Postępy nauki, a zwłaszcza wykrycie zarazków chorób wenerycznych, umożliwiły wreszcie stosowanie skutecznych środków zapobiegawczych. Zabiegi profilaktyczne, stosowane w niektórych armjach podczas wojny, dawały istotnie znakomite wyniki. Z różnych jednak względów zabiegi te w społeczeństwie się nie przyjęły. Tym zaś, którzy pogardzają pomysłowym wynalazkiem angielskim i przytaczają określenie Madame de Stael: „cuirasse contre le plaisir", można jedynie powiedzieć, że stanowi on jednak prawie pewną ochronę przed niebezpiecznem zakażeniem.

Dr. FALTA (Wien. Klin. Wschr. 1925, Nr. 27; 1926, Nr. 13), **BAUER i NYIRI** (Med. Klinik 1925, Nr. 39), **BAUER** (Klin. Wschr. 1928, Nr. 37), **ANDERSEN** (Ugeskr. f. Laeger, 1928, Nr. 43), **HOFHAUSER i SCHÖN** (Beitr. Klin. Tbc. 1926, tom 66).

INSULINA I CAMPOLON JAKO LEKI TUCZĄCE.

Powszechnie wiadomo, że insulina jest nietylko znakomitym swoistym środkiem dla leczenia cukrzycy, lecz że wykazuje jednocześnie wybitny wpływ na całokształt ogólnej przemiany materji. Już przed odkryciem insuliny znany był stosunek między trzustką i niektóremi postaciami otyłości. Według *Falty* obecność czynnych wysepek Langerhansa jest nieodzownym warunkiem wszelkich kuracyj tuczących. Badania i doświadczenia nad wpływem insuliny na przemianę materji w zupełności potwierdziły przypuszczenie *Falty*. Liczny szereg autorów opisuje znakomite wyniki, jakie daje leczenie tuczące zapomocą insuliny. U osobników konstytucjonalnie słabych lub wyniszczonych wskutek przebycia ciężkiej choroby stosowanie insuliny zwiększa apetyt, wywołując nierzadko uczucie wprost wilczego głodu. Znane są przypadki, w których waga w ciągu tygodnia zwiększała się o $1^1/_2$ do $2^1/_2$ kg. Leczenie tuczące insuliną daje dobre wyniki w przypadkach zwykłego lub średniego osłabienia fizycznego, braku łaknienia i chudości konstytucjonalnej, konstytucji astenicznej z enteroptozą, miażdżycy, rekonwalescencji po ciężkich operacjach lub chorobach zakaźnych; leczenie to zawodzi natomiast w stanach kachektycznych,

w których insulina powoduje jedynie zatrzymanie wody, nie wykazując wpływu na zwiększenie się zasobu związków organicznych.

Hofhauser i *Schön* leczyli insuliną chorych na gruźlicę (niedotkniętych cukrzycą) i wstrzykiwali swym pacjentom na 40—45 minut przed obiadem 8 jednostek insuliny i 5 jednostek przed kolacją. W razie niepowodzenia dawki nieznacznie zwiększano. Jeżeli zdarzało się, że wieczorem apetyt był dobry również i bez insuliny, to wstrzykiwania tego nie stosowano. Chorych, oczywiście, uprzedzano, że powinni natychmiast zwracać uwagę otoczenia na wszelkie doznawane niezwykłe wrażenia, jak drżenie, poty, wzmożony głód i że powinni wówczas natychmiast spożyć pewną dawkę węglowodanów, jak np. nieco cukru lub czekolady, albo też soku owocowego, aby niedopuścić w ten sposób do wystąpienia przykrych objawów hipoglikemji. W nocy chorzy mieli zawsze przy sobie nieco słodzonego mleka. *Andersen* zaczyna od dawki próbnej 8 jednostek dziennie i zwiększa ją stopniowo, odpowiednio do tolerancji. Najlepiej rozdzielić ogólną dawkę dobową na trzy części, które się wstrzykuje na $^1/_2$ godziny przed trzema głównemi posiłkami. Ostatniego wstrzyknięcia nie należy dokonywać zbyt późno wieczorem, gdyż zdarza się czasami, że objawy hipoglikemiczne występują dopiero po 2 — $2^1/_2$ godz. *Bauer* wstrzykuje 20 jednostek przed obiadem, ogranicza ilość węglowodanów w obiedzie do 50 lub 60 g i wywołuje w ten sposób po upływie około 3 godzin wrażenie silnego głodu; wtedy podaje 1000 kaloryj w postaci węglowodanów i tłuszczów. Przeciętne zwiększanie się wagi wynosi w tych warunkach około 1 — $1^1/_2$ kg tygodniowo. *Bauer* osiągał bardzo pomyślne wyniki również i w przypadkach gruźlicy utajonej, przebiegających z ogólną astenją. W przypadkach ciężkich i gorączkujących insulina nie daje dobrych wyników i *Bauer*, zgodnie z opinją większości autorów, odradza jej stosowania. Również i w przypadkach starczego wychudzenia insulina pozostawała bez wpływu. Można, coprawda, czasami osiągnąć poprawę, lecz leczenie takie wymaga wielkiej cierpliwości i trwa bardzo długo.

Autorzy francuscy (*Lepine* i *Parturier*) oraz *F. P. Richter* opisują pomyślny wpływ stosowania insuliny na przebieg choroby Basedowa. W ciągu ostatnich lat *Bauer* leczył zapomocą insuliny 30 przypadków choroby Basedowa. W niektórych przypadkach udało się dzięki insulinie nietylko zahamować spadek wagi, lecz osiągnąć zwiększanie się wagi, które dochodziło do 1 kg na tydzień. W przypadkach nowotworów złośliwych kuracja tucząca zapomocą insuliny zawodzi zupełnie.

W związku z obrzękami „insulinowemi“ chorych cukrzycowych narzuca się pytanie, czy zwiększenie się wagi, osiągane dzięki insulinie, nie zależy może tylko od zwykłego zatrzymania wody. Fakt, że podczas insulinowej kuracji tuczącej ma istotnie miejsce zatrzymanie wody, nie ulega żadnej wątpliwości, gdyż wszelkie wiązanie substancyj tkankowych przebiega z jednoczesnem zatrzymaniem pewnej ilości wody, w stosunku odpowiednim do naturalnej zawartości wody w ustroju, wynoszącym około 60%.

Mechanizm kuracji tuczącej zapomocą wyciągów wątrobowych jest zupełnie inny, niż kuracji insulinowej, pomimo że wynik ostateczny obu kuracyj może być jednakowy. Już w pierwszem swem doniesieniu o Campolonie *Gänsslen* zwrócił uwagę na okoliczność, że chorzy dotknięci niedokrwistością złośliwą wykazywali pod wpływem wstrzykiwań Campolonu znaczne zwiększanie się wagi ciała. W ciągu dalszych badań nad wpływem Campolonu na chorych, nie cierpiących na niedokrwistość, również zawsze stwierdzano zwiększanie się wagi ciała, przebiegające jednakże bez znaczniejszego zatrzymania wody w ustroju i bez obrzęków. W odróżnieniu od przypadków leczonych insuliną poziom cukru we krwi pod wpływem Campolonu nie zmieniał się wcale. Campolon wykazywał nawet na zapasy glikogenu w wątrobie wpływ wprost przeciwny niż insulina, a mianowicie zmniejszał je wydatnie i w ten, prawdopodobnie, sposób przyczyniał się do wywoływania uczucia głodu i wzmożenia apetytu.

Ederle i *Kriech* badali ten wpływ wyciągów wątrobowych na glikolizę z teoretycznego punktu widzenia i nie stwierdzili żadnego stosunku między działaniem glikotycznem na wątrobę i wpływem na odradzanie się i wytwarzanie krwinek czerwonych. Pozatem autorzy ci w zupełności potwierdzają doskonałe wyniki kuracyj tuczących przeprowadzanych zapomocą wstrzykiwań wyciągu wątrobowego w postaci Campolonu. W ciągu pierwszych dni chorzy okazywali objawy wprost wilczego głodu. Pacjenci spożywali podwójne porcje i musieli czasami nawet wstawać w nocy, aby zaspokoić dokuczliwy głód. *Ederle* i *Kriech* stosowali tuczącą kurację zapomocą wyciągów wątrobowych z doskonałemi wynikami u ozdrowieńców oraz u chorych wychudzonych, których waga nie zwiększała się pomimo długotrwałej kuracji wypoczynkowej oraz przestrzegania obfitej i lekko strawnej diety. Przeciętna dawka Campolonu wynosiła jedną ampułkę co drugi dzień. Po zaprzestaniu wstrzykiwań waga utrzymywała się nadal na osiągniętym wyższym poziomie. W niektórych przypadkach po upływie przeszło roku od zakończenia wątrobowej kuracji tuczącej badanie kontrolne wykazało istotną trwałość poprawy, gdyż waga ciała pacjentów nie wykazywała żadnej skłonności do obniżania się.

LECZENIE ZABURZEŃ TKANKOWYCH PO NIEUDANYCH WSTRZYKIWANIACH DOŻYLNYCH (INJECTIO PARAVENOSA).

(Zt. f. Kreislaufforsch. 1933 Nr 1)

Wstrzyknięcie poza żyłę leków przeznaczonych do stosowania dożylnego nie wywołuje częstokroć żadnych zaburzeń ani dolegliwości. Nowoczesne rentgenowskie środki kontrastowe oraz preparaty nasenne (np. Evipan-Natrium) są przeznaczone przeważnie do stosowania dożylnego, lecz okazuje się, że przeniknięcie środka poza żyłę wskutek błędu w technice wstrzykiwania nie powoduje naogół żadnych poważniejszych skutków. Jeżeli wstrzyknięty środek miał stężenie znacznie przekraczające izotonję tkanek, to jest zrozumiałe, że roztwory takie, które po przeniknięciu bezpośrednio do krwiobiegu ulegają szybkiemu rozcieńczeniu, mogą wykazywać bardzo szkodliwe działanie osmotyczne, jeżeli pozostają przez pewien czas w tkance podskórnej; dotyczy to np. wysokoprocentowych roztworów soli kuchennej lub cukru gronowego. Jednakże również i niektóre roztwory izotoniczne mogą mieć wpływ szkodliwy, jeśli środek podrażnia tkanki i jeśli stosuje się go dożylnie nie ze względu na szybsze działanie, a przedewszystkiem ze względu na szybkie i silne rozcieńczenie. Do takich środków należą np.: Trypaflavina, Salyrgan, preparaty złota, Salvarsan i t. d. Nie znaczy to bynajmniej, że związki te muszą zawsze okazać się drażniące, lecz że stężenia przeznaczone do wstrzykiwań dożylnych lub domięśniowych są mniej lub więcej szkodliwe dla tkanki podskórnej. Czasem również i wrażliwa tkanka podskórna znosi dobrze stężenia mniejsze. Tak np. *Trunk* po dokonanem niefortunnem podskórnem wstrzyknięciu 1%-owego roztworu Trypaflaviny, przeznaczonego do wstrzyknięcia dożylnego (coprawda zaledwie kilka kropel), obserwował bolesne obrzmienie przedramienia, lecz nie stwierdził żółtego zabarwienia. Po kilku dniach wytworzyło się twarde nacieczenie, a następnie zgorzel skóry o podminowanych brzegach, z płynną, lepką, żółto-ropną wydzieliną; przekrój miejsca uległego zgorzeli wynosił około 2 cm. Zastosowano wilgotne okłady rozgrzewające. Bóle przedramienia po 14 dniach ustąpiły, lecz zgorzel nie okazywała skłonności do gojenia się. Również i naświetlanie lampą kwarcową pozostało bez skutku. W 2 miesiące po wstrzyknięciu Trypaflaviny *Trunk* spróbował Arnica montana. Zaraz po pierwszem wstrzyknięciu nastąpiła dorażna zmiana na lepsze. W ciągu następnych 4 tygodni owrzodzenie pokryło się dobrą ziarniną i zagoiło się.

Wolff radzi w przypadkach przedostania się Trypaflaviny poza żyłę stosować wilgotne ciepłe okłady; jeżeli bóle nie ustępują, to należy spróbować naświetlania niebieskiemi promieniami, fön lub zastój *Biera;* przedewszystkiem jednakże wskazane jest, aby w przypadkach nieudanego wstrzyknięcia dożylnego Salyrganu, Salvarsanu, Lopionu, Trypaflaviny i t. p. dokonać natych-

miast głębokiego nastrzyknięcia tkanek na możliwie dużej przestrzeni słaboprocentowym roztworem Novocainy.

Według spostrzeżeń *Jansona* dla szybkiego nastrzyknięcia tkanki podskórnej wystarcza 5 — 10 cm³ fizjologicznego roztworu soli kuchennej (+ Novocaina). W ten sposób udaje się uniknąć ciężkich uszkodzeń tkankowych.

Bamberger zaleca przeciwko bezpośrednim skutkom, t. zn. przeciwko bólom po wstrzyknięciu lekarstwa zamiast do żyły, do tkanki podskórnej, smarowanie skóry 4%-owym alkoholowym olejkiem gorczycznym według następującego przepisu: Oleum Sinapis 1,2, Alcohol 96%-owy 28,8.

Dittmann obserwował w związku z wstrzyknięciem Trypaflaviny do tętnicy żółte zabarwienie dłoni i przedramienia. Pacjent wykazał objawy utraty czucia. Po wstrzyknięciu 1½ cm³ Trypaflaviny dalsze wstrzykiwanie przerwano, dzięki czemu udało się uniknąć ew. poważniejszych zaburzeń.

Kämmerer i *Leschke* donoszą o pewnym lekarzu, który zastrzyknął Trypaflavinę poza żyłę, co wywołało miejscową zgorzel z następczym przykurczem.

Bauer z Barranquilli, gdzie stosuje się na szeroką skalę Trypaflavinę dla leczenia rzeżączki, obserwował kilka przypadków spowodowanych złą techniką wstrzykiwania dożylnego.

Tak np. u 4 pacjentów, którzy przybyli z prowincji do kliniki, stwierdzono znaczne nacieczenie i obrzmienie przedramienia i okolicy łokciowej w związku z dokonanem przed jednym lub dwoma dniami złem wstrzyknięciem Trypaflaviny. W jednym przypadku osobistego niepowodzenia *Bauer* natychmiast wstrzyknął do tkanki dookoła miejsca nakłucia 1 — 5 cm³ 10%-owego roztworu cukru gronowego i zastosował okłady z 5%-owego roztworu tiosiarczanu sodu. Następnie zalecił owinąć całe ramię czarną chustą i zapisał do wewnątrz rezorcynę. Te dwa ostatnie zlecenia *Bauer* uważa za najważniejsze, gdyż przypuszcza, że największe zaburzenia tkankowe powstają głównie na tle fotodynamicznem. Pacjent powinien owijać swe ramię czarną chustą conajmniej przez 14 dni.

Stursberg donosi o pewnym lekarzu, który przypadkowo wstrzyknął Salyrgan do tętnicy, co wywołało zaburzenia tkankowe na dłoni i przedramieniu (bóle, bladość, obrzmienie); po odpowiedniem leczeniu zaburzenia te ustąpiły bez śladu. W związku z tem *Janson* zwraca uwagę, że dla lepszego uwidocznienia niewyraźnych, ukrytych w głębi żył można z powodzeniem posługiwać się nagrzewaniem okolicy łokciowej gorącem powietrzem lub ciepłą wodą. Żyły nabrzmiewają wówczas i technika wstrzykiwania staje się znacznie łatwiejsza. Większość lekarzy jest zdania, że wstrzyknięcie do tętnicy nie wywołuje tak poważnych zaburzeń jak wstrzyknięcie do tkanki podskórnej.

Wolff spostrzegał raz powstanie zgorzeli u obrzękniętego chorego również i po domięśniowem wstrzyknięciu Salyrganu. Od tego czasu *Wolff* stosuje technikę, która ma na celu niedopuszczenie do tego przykrego powikłania: 1) nasmarowanie jodyną, 2) wyciśnięcie obrzęku z miejsca przeznaczonego do nakłucia, 3) wstrzyknięcie do górnego zewnętrznego kwadrantu mięśni pośladko-

wych zapomocą cienkiej igły długości 8 — 10 cm. Przy nakłuwaniu igła nie powinna jeszcze zawierać Salyrganu. Po wstrzyknięciu zdejmujemy strzykawkę, lecz igły jeszcze nie wyciągamy, a wstrzykujemy ponadto dodatkowo kilka kresek 2%-owego roztworu Novocainy z Suprareniną. Zamiast Novocainy można wstrzyknąć również trochę olejku kamforowego lub powietrza. Również i po nieudanem dożylnem wstrzyknięciu Neosalvarsanu lub Lopionu *Wolff* zaleca natychmiastowe nastrzyknięcie odnośnego miejsca roztworem Novocainy, gdyż w ten sposób osiąga się zmniejszenie stężenia i unika uszkodzenia tkanek. Jeżeli nie mamy pod ręką roztworu Novocainy, to można, oczywiście, zastosować również i jałowy roztwór soli kuchennej (0,9%).

Török opisał przypadek, w którym wadliwe wstrzyknięcie Neosalvarsanu (pod skórę zamiast do żyły) doprowadziło do zgorzeli skóry z następczem wytworzeniem kurczącej się blizny w zgięciu łokciowem. Wobec tego, że zmiany tkankowe obejmowały również i otoczenie nerwu pośrodkowego, doszło wreszcie do objawów porażennych. Pacjentka, 18-letnia dziewczyna, zgłosiła się do *Töröka* w 1½ roku od chwili dokonania niefortunnego zastrzyku. *Török* dokonał neurolizy i uwolnił w ten sposób nerw otoczony mocno tkanką bliznowatą, z którą był zrośnięty jedynie swą otoczką. Sam nerw pomimo tak długiego trwania zmian był widocznie nieuszkodzony, gdyż pacjentka stopniowo odzyskała władzę w porażonej kończynie. *Zutt* i *Weber* radzą, aby do wstrzykiwań nie wybierać Venam basilicam, w pobliżu której przebiega Nervus medianus, lecz Venam medianam wzgl. cephalicam.

Dr. FRAISSE, Nicea.

PRZYCZYNEK DO ROZPOZNANIA RÓŻNICZKOWEGO PRZEWLEKŁEGO ZAPALENIA WYROSTKA ROBACZKOWEGO.

(Referat według Revue des Progrès Thérapeutiques, tom VI Nr. 2).

Pani C. T. z Paryża. Już od wielu lat skarży się na bóle, wychodzące bądź to z okolicy żołądka, bądź z okolicy wątroby, bądź też z okolicy prawego dołu biodrowego. Bóle bez względu na swój początkowy punkt wyjścia rozchodzą się następnie po całym brzuchu. Opinje lekarzy, u których pacjentka zasięgała porady, były rozbieżne: jedni mówili o zapaleniu woreczka żółciowego i doradzali dokonanie zabiegu chirurgicznego na drogach żółciowych; inni twierdzili, że pierwotne ognisko chorobowe znajduje się w wyrostku robaczkowym i namawiali do usunięcia wyrostka. Również i badanie rentgenowskie nie przyczyniło się do wyjaśnienia istoty tego niewyraźnego cierpienia.

Wobec tego, że bez ściślejszego rozpoznania nie mogło być mowy o skutecznem leczeniu, autor postanowił wykorzystać dla diagnostyki różniczkowej wstrzykiwania paravertebralne Tutocainy według metodyki *Läwena.*

Pierwsze badanie polegało na przerwaniu przewodnictwa nerwowego D 10 po stronie prawej, czyli na zniesieniu możliwości odczuwania wrażeń czuciowych, pochodzących z pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych. Zabieg ten pozostał zupełnie bez wpływu zarówno na bóle samoistne (czyli czynne) jak i na bóle uciskowe (czyli bierne). Znieczulenie wywołało jedynie znaczne zwiotczenie mięśni w odpowiednim segmencie ściany jamy brzusznej, co umożliwiło głęboką palpację okolicy podwątrobowej; staranne obmacywanie nie dało jednakże żadnych wyników.

Pierwszy wniosek. Wszelka operacja skierowana przeciwko drogom żółciowym lub pęcherzykowi nie da z pewnością żadnego wyniku leczniczego i jest stanowczo przeciwwskazana.

Po upływie trzech dni dokonano takiego samego zabiegu na poziomie L 1 i L 2 po stronie prawej, czyli na drogach przewodzących wrażenia czuciowe z okolicy wyrostka robaczkowego. Tym razem wynik był bardzo jaskrawy. Wszystkie bóle samoistne odrazu ustąpiły. Bóle przy uciskaniu (czyli bierne) utrzymały się jedynie na poziomie wyrostka i to jednak w stopniu znacznie zmniejszonym. Zwiotczenie mięśni brzusznych w prawym dole biodrowym było zupełne i z łatwością można było stwierdzić, że punkt wyjścia bólów odpowiadał miejscu przyczepu wyrostka.

Drugi wniosek. Źródłem bólów jest wyłącznie wyrostek robaczkowy, znajdujący się w stanie przewlekłego zapalenia. Jeśli się zastanawiać nad operacją, to wskazana jest tyko apendektomja.

Nie ulega wątpliwości, że usunięcie wyrostka sprawi chorej dużą ulgę. Czy wyleczy jednakże pacjentkę całkowicie? Na to pytanie nie można odpowiedzieć z pewnością.

Zastrzeżenia te nasuwają się z tego względu, że po wstrzykiwaniach paravertebralnych L 1 i L 2 wszelkie bóle samoistne coprawda ustąpiły, lecz przy głębokiem obmacywaniu okolicy wyrostka robaczkowego chora odczuwała jednak pewną bolesność. Okoliczność ta przemawia według *Läwena* za tem, że zmiany zapalne wyszły poza obręb wyrostka, objęły samą kątnicę i wywołały, najprawdopodobniej, zrosty otrzewnowe. W tych warunkach operacja wyrostka robaczkowego nie daje już tak znakomitych wyników. Jest ona jednakże wskazana, gdyż usunie pierwotne ognisko choroby i możliwość ewentualnego ostrego napadu.

Dr. J. BERGER. Angern pod Wiedniem.

SPOSTRZEŻENIA NAD DZIAŁANIEM NOWEGO ŚRODKA NASENNEGO.

(Referat według Ther. Ber. Tom IV, Nr. 7).

W ciągu mej długoletniej praktyki miałem sposobność wypróbowania licznego szeregu środków nasennych. Na podstawie bardzo dużego doświadczenia doszedłem do przekonania, że jednym z najlepszych i najskuteczniejszych środków farmakologicznych dla zwalczania bezsenności jest Phanodorm.

W przypadkach bezsenności zależnej od nadmiernej wrażliwości kory mózgowej, oraz przy niemożności zaśnięcia w związku z innemi przyczynami jak gorączka, bóle, histerja lub zaburzenia psychiczne, Phanodorm wykazuje w znakomitej większości przypadków niezawodne działanie nasenne.

Przeciętna nasenna dawka Phanodormu wynosi 0,2 g. Dawkę tę rozpuszcza się w gorącej herbacie lub też przyjmuje na sucho i popija obficie wodą. Zależnie od ciężkości i postaci bezsenności pacjent po 10 minutach, a najpóźniej po upływie ½ godziny zapada w głęboki, spokojny, zdrowy sen. Sen ten trwa zwykle bez przerwy około 6 godzin i jest w większości przypadków tak mocny, że nawet czynniki zewnętrzne jak światło lub hałas go nie przerywają. Pacjent budzi się wzmocniony, wypoczęty i nie odczuwa żadnych przykrych wrażeń działania ubocznego, jakie występują nierzadko po innych środkach nasennych. Chorzy po obudzeniu się ze snu phanodormowego nie skarżą się nigdy na mdłości, odurzenie lub bóle głowy. Niektórzy chorzy, którzy cierpieli na bezsenność z powodu bólów głowy i nie reagowali na żadne środki przeciwbólowe, zasypiali spokojnie pod wpływem Phanodormu i budzili się bez bólu, rześcy i w dobrym nastroju.

Phanodorm w odróżnieniu od wielu innych podobnych środków, nie wykazuje żadnego ujemnego wpływu na apetyt. Przeważnie współistniejącą skłonność do zaparcia można z łatwością usuwać zapomocą łagodnych środków czyszczących.

Przyzwyczajenia do Phanodormu można się wcale nie obawiać; pomimo nawet dłuższego stosowania działa on prawie zawsze szybko i pewnie. W przypadkach, w których pacjenci po sześciogodzinnym śnie budzą się jednakże zbyt wcześnie, np. o drugiej po północy, i nie mogą znowu zasnąć, można podać Phanodorm po raz drugi.

Zażywanie Phanodormu nad ranem autor uważa za niewskazane, gdyż pacjenci śpią zbyt długo przed południem, a jeśli sen gwałtownie przerwać, zanim działanie preparatu się wyczerpie, chodzą z ciężką głową, jakby pijani.

W przypadkach współistnienia bezsenności z innemi poważniejszemi cierpieniami można wzmacniać lub uzupełniać działanie Phanodormu przez dodanie innych leków lub nawet alkoloidów.

Reasumując, stwierdzam, że w porównaniu z innemi nowo wprowadzonemi do lecznictwa środkami nasennemi Phanodorm przedstawia istotnie cenne wzbogacenie naszego arsenału terapeutycznego i zasługuje na większe niż dotychczas zastosowanie w praktyce codziennej.

Dr. W. PAGEL. Zakład Patologiczny w Heidelbergu.

ZMIANY JĘZYKA PRZY CHOROBACH NARZĄDÓW WEWNĘTRZNYCH.

(Referat według Klin. Wschr. 1933, Nr. 38).

Zmiany języka są bardzo często zwiastunami lub oznakami różnych chorób wewnętrznych jak np. niedokrwistości złośliwej, zapalenia otrzewnej, niedrożności kiszek i t. d. Zmiany wyglądu języka przy chorobach żołądka nie są przeważnie dość charakterystyczne, aby można było opierać na nich rozpoznanie, tak że niektórzy autorzy nie przypisują wyglądowi języka żadnego znaczenia diagnostycznego przy chorobach żołądka. Zagadnienie to nie jest jednak jeszcze ostatecznie rozstrzygnięte, gdyż inni znowu autorzy zwracają przy tych chorobach bardzo dużą uwagę na język.

„Język marynowany" stwierdza się u chorych dotkniętych cukrzycą; jednostronny nalot na języku bywa czasem wyrazem zaburzeń neuro-troficznych, jak np. przy ogniskowych cierpieniach mózgowych. *Franke* opisuje język o wyglądzie szynki, podobny do języka płoniczego przy anginie grypowej. *Hentze* uważa „język lakierowany" za oznakę zapalenia nerek.

W przypadkach zapalenia otrzewnej stwierdza się na języku liczne, bardzo powiększone brodawki nitkowate z daleko posuniętem rogowaceniem i parakeratozą, czasami również i wytwarzanie keratohialiny; gruby nalot zewnętrzny składa się ze złuszczonych komórek powierzchownych, leukocytów i drobnoustrojów. Rogowacenie ogranicza się zwykle do wolnych końców brodawek, może się jednak również rozwijać bardziej płaszczyznowo. Naogół czopy nabłonkowe i brodawki wtórne powierzchni języka są szerokie. Wśród 20 przypadków zapalenia błony brzusznej powyższy obraz języka autor znalazł w 15 przypadkach w stopniu bardzo wyraźnym, a w 4 przypadkach zmiany nie były tak jaskrawe. W przypadkach typowych zmiany były przeważnie umiejscowione na środku języka, nierzadko jednak występowały również i na brzegach.

Pośród chorych z płatowem zapaleniem płuc, schorzeniami wątroby i dróg żółciowych, rakiem żołądka, cukrzycą, gruźlicą i cierpieniami serca, zmiany języka stwierdzano jedynie u chorych dotkniętych zapaleniem płuc; zmiany te odpowiadały stanowi języka otrzewnowego. Przewlekłe zmiany zapalne płuc oraz raki oskrzelowe nie dawały jednolitego obrazu.

Obraz zaniku błony śluzowej języka występował szczególnie wyraźnie przy chorobach wątroby i dróg żółciowych, przy ciężkiej żółtaczce, marskościach wątroby, kamieniach żółciowych i t. d.

W grupie „cierpień sercowych" zmiany językowe były dość różnorodne. Jest to zresztą zupełnie zrozumiałe wobec wielopostaciowości poszczególnych jednostek chorobowych zebranych w tem ogólnem określeniu zbiorowem. Naogół jednak bardzo wyraźnie występowała tu skłonność do zaniku. Cierpienia wątroby i dróg żółciowych, rak żołądka, cukrzyca, choroby serca i gruźlica ce-

chują się zmianami językowemi, stanowiącemi jakby odwrotny obraz języka otrzewnowego lub przy zapaleniu płuc. Na języku uwidoczniają się nierzadko nawarstwienia stanów, wywołanych przez współistnienie chorób dających niejednakowe obrazy.

W grupie chorób, w której nie da się ustalić żadnego ściślej określonego obrazu zmian językowych, należy umieścić, między innemi, ogniskowe schorzenia mózgu, choroby nerek, udary mózgowe, porażenia zakaźne (np. błonicze).

Cierpienia paralityczne, presbyofrenja, schizofrenja i t. d. dawały obrazy zmienne. Mniej więcej w połowie przypadków stwierdzano — niezależnie od wieku pacjenta — obraz języka otrzewnowego, w innych zaś przypadkach obraz języka zanikowego.

Z pośród pozostałych drobnych grup zasługują na uwagę następujące spostrzeżenia: raki pozażołądkowe wywołują przy znacznem charłactwie i niedokrwistości obraz języka zanikowego, grzybica guzowata daje zupełny zanik śluzówki języka, w przypadkach zapalenia szpiku kostnego ze skrobiawicą stwierdzano języki przerostowe (obraz „języka septycznego"). Dwaj chorzy, dotknięci białaczką, wykazywali przerostowe zmiany językowe, przyczem u jednego istniała znaczna puchlina brzuszna.

Wiek i płeć nie wywierają, jak się zdaje, żadnego uchwytnego wpływu na stan języka; zmiany językowe, o ile są stałe, zależą raczej od istoty cierpienia podstawowego.

Dr. J. AMMERSCHLAGER. Szpital im. Juljusza w Würzburgu.

LECZENIE NIEZAKAŹNYCH SCHORZEŃ KISZEK GRUBYCH ZAPOMOCĄ YATRENU.

(Referat według Ther. d. Gegenw. 1933, Nr. 4).

Dla leczenia przewlekłych nieżytów kiszek grubych i czerwonki oraz dla leczenia wszelkich innych nieswoistych stanów podrażnienia tych kiszek we wszystkich okresach zmian błony śluzowej, wystarcza przeważnie stosowanie Yatrenu 105 do odbytnicy. Jedynie przy Colitis ulcerosa gravis, w przypadkach czerwonki z obecnością laseczników oraz u chorych, którzy nie byli w stanie utrzymać lewatywę dostatecznie długo, stosowano jednoczesne lub wyłączne leczenie zapomocą Yatrenu 105 w pigułkach, przyczem nie przekraczano dawki dobowej 3 do 6 pigułek po 0,25 g. Dla lewatywy wystarcza roztwór 1%-owy. Dawniej stosowano mocniejsze stężenia, dochodzące do 2 — 5%; wywoływały one jednak czasami silne objawy podrażnienia kiszek w postaci bólów i biegunek. Chorobowe wydzielanie błony śluzowej ustaje wprawdzie pod wpływem tych silniejszych roztworów nadzwyczaj szybko, jednakże już po pierwszych lewatywach badanie rektoskopowe wykazuje, że śluzówka wysycha nadmiernie, nie posiada swego zwykłego wilgotnego połysku, jest zaczerwieniona i wykazuje znaczną skłonność do krwawienia. Autor stosuje następującą technikę:

Wieczorem wykonywa się lewatywę czyszczącą albo przepłókanie kiszek naparem z rumianku; w pół godziny po tym zabiegu wlewa się do kiszki zapomocą irygatora lub jeszcze lepiej zapomocą gumowej gruszki lub odpowiedniej strzykawki roztwór z 1 g Yatrenu 105 w 200 cm³ wody nagrzanej do ciepłoty ciała. Wodę należy uprzednio zagotować i dopiero następnie przy 70 — 80° dodaje się Yatrenu 105 i ochładza do 40°. Według *Schübela* gotowanie rozkłada Yatren z wydzieleniem wolnego jodu i może być powodem toksycznego działania zmienionego preparatu. Bakterjobójcze działanie Yatrenu stanowi dostateczną rękojmię jałowości płynu. Chory powinien się starać utrzymać lewatywę jaknajdłużej, jeśli możliwe to przez całą noc. W ten sposób Yatren wchłania się zwykle całkowicie; wobec tego, że Yatren 105 daje z solami żelaza zielone zabarwienie, można w kilka godzin po lewatywie wykazać jego obecność w moczu zapomocą reakcji z chlorkiem żelazowym. Lewatywy z Yatrenu powtarza się co 3 — 4 dni, przyczem stężenie Yatrenu zwiększa się stopniowo aż do 2 : 200; u pacjentów ze zmianami chorobowemi, umiejscowionemi wyżej, zwiększamy również i ogólną ilość wlewanego płynu, dochodząc do 300 — 400 cm³. Szczególnie pomyślne działanie lecznicze wykazywały przepłókiwania kiszek Yatrenem w podwodnej kąpieli kiszkowej, przyczem wystarczało stosowanie już ½%-owego roztworu.

Leczenie powinno być ściśle indywidualne. Ani doustne ani dokiszkowe stosowanie Yatrenu 105 nigdy nie wywołuje żadnych objawów toksycznych. Objawy uboczne, które czasami dawniej spostrzegano, zależały najprawdopodobniej od niepotrzebnego wyjaławiania roztworu przez gotowanie, przyczem Yatren ulegał rozkładowi. Działanie bakterjobójcze Yatrenu uwidocznia się po kilku lewatywach; domieszka śluzu do kału staje się stopniowo coraz mniejsza, co sprawia wyczerpanym chorym znaczną ulgę i jest dla nich pierwszą oznaką poprawy. Zapalne zmiany błony śluzowej cofają się zwykle bardzo szybko. Drobne, powierzchowne ubytki śluzówki i maleńkie wybroczynki, często widoczne w dolnych odcinkach odbytnicy również i przy zwykłych nieżytach błony śluzowej, znikają przeważnie już po 3 — 4 wlewaniach Yatrenu. Opróżnienie kiszek oraz działanie Yatrenu, pobudzające perystaltykę wpływają pomyślnie na istniejące w większości przypadków zaparcie spastyczne. Dzięki usunięciu zaburzeń kiszkowych szybko ustępują również i przykre dolegliwości podmiotowe, jak uczucie pełności, przelewanie w kiszkach, bóle w krzyżu i t. d. Również i w przypadkach nieżytów kiszek grubych, pochodzenia nerwowego, objawy ustępowały po krótkim czasie, jednakże ze względu na swe zasadnicze podłoże neuropatyczne wykazywały skłonność do nawrotów, przyczem powtórne leczenie Yatrenem wymagało już krótszego czasu do osiągnięcia poprawy. Bardziej uporczywemi okazały się przypadki stałych nosicieli lasecznikow czerwonkowych, u których znakomite wyniki dawało jednakże kombinowane doustne i dokiszkowe stosowanie Yatrenu 105.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Mediastinografja.

Autor stosuje dla celów mediastinografji 30%-owy roztwór Abrodilu. 10 — 20 cm^3 tego roztworu wstrzykuje się zapomocą długiej igły do górnej przedniej przestrzeni śródpiersiowej. Igłę wkłuwa się przy uniesionym barku do dołka jarzmowego i przesuwa się za rękojeścią mostka. Wstrzykiwanie powoduje lekkie palenie, lecz pozatem absolutnie żadnych objawów działania ubocznego lub następczego. Bezpośrednio po wstrzyknięciu wykonywa się 3 zdjęcia rentgenowskie, jedno w ustawieniu bocznem, a 2 w ustawieniu przednio-tylnem (przy najgłębszym wdechu i wydechu). Środek kontrastowy jest widoczny na kliszy jako gęsty cień za mostkiem. U ludzi zdrowych zarysy tego cienia są gładkie, u ludzi chorych zazębione. Mediastinografja daje bardzo cenne wskazówki również i przy chorobach mostka, przyczem np. przy guzach stwierdza się odpowiednie posunięcie cienia kontrastowego. Szczególnie wyraźne obrazy dają zdjęcia przednie w przypadkach przemieszczenia śródpiersia, spowodowanego przez bliznowaciejące sprawy płucne. Po kilku godzinach Abrodil wchłania się całkowicie i na kliszy rentgenowskiej nie można go wykazać.

Dr. Pannewitz, Klin. Chir. w Fryburgu.
(Fortschr. auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen 1933, tom 48).

Leczenie ropnego zapalenia opłucnej przepłókiwaniami z Yatrenu.

Jako płyn dla przepłókiwań jamy opłucnowej w przypadkach ropnego jej zapalenia autor stosował początkowo 1%-owy roztwór Yatrenu 105. Tolerancja tego zabiegu była bardzo dobra. Następnie okazało się jednak, że również i 0,5%-owy roztwór jest zupełnie wystarczający. Przepłókiwań dokonywano w pozycji siedzącej w znieczuleniu miejscowem zapomocą Novocain - Suprareniny. Po uprzedniem nakłuciu próbnem wkłuwa się grubą igłę w najniższem miejscu wysięku i wydobywa się dużą strzykawką (100 cm^3) możliwie całą ilość ropnego płynu. Najlepiej korzystać przytem ze specjalnej strzykawki z dwoma ujściami, połączonej z igłą gumową rurką. Następnie, korzystając z tej samej strzykawki, przepłókujemy jamę opłucnową fizjologicznym roztworem soli kuchennej aż do chwili, gdy wyciekający płyn stanie się zupełnie przezroczysty i dopiero wtedy zabieramy się do przepłókiwań roztworem Yatrenu 105. Do przepłókiwań można zużyć kilkaset cm^3 roztworu. Na zakończenie wlewamy do jamy opłucnowej i pozostawiamy w niej nowy roztwór Yatrenu 105 w ilości około $^1/_2$ — $^1/_3$ wypuszczonego ropnego płynu. Po kilku dniach dokonywa się ew. jeszcze raz próbnego nakłucia i w razie potrzeby powtarza się przepłókiwanie. Chorzy muszą przestrzegać bezwzględny spokój w łóżku. W razie potrzeby stosowano środki nasercowe i pobudzające. Żadnych przykrych powikłań, związanych ze stosowaniem omawianego zabiegu, nie spostrzegano ani razu. Dotychczasowe doświadczenie autora dotyczy 4 przypadków ropnego zapalenia, leczonego z całkowitem powodzeniem przepłókiwaniami Yatrenu.

Dr. F. Lasch,
Szpital Zakł. Ubezp. w Wiedniu.
(Wien. Klin. Wschr. 1933, Nr. 26).

Przypadek wczesnego wiądu rdzenia.

Autor opisuje historję choroby 19-letniej dziewczyny, która od 2 lat cierpiała na dolegliwości żołądkowe. Wszelkie stosowane

metody leczenia pozostawały zupełnie bez wpływu na przebieg choroby. Odczyn Wassermanna we krwi początkowo był ujemny, z biegiem czasu jednak stał się dodatni; odczyn Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym stale pozostawał ujemny. Energiczne leczenie Salvarsanem, przeprowadzone nasycającą metodą Schreusa, doprowadziło do ustąpienia objawów chorobowych, co pozwoliło ex juvantibus rozpoznać kiłowe podłoże choroby. Żadnych innych zwykłych objawów wczesnego wiądu ze strony układu nerwowego nie było. Na szczególną uwagę zasługuje znakomite przeciwbólowe działanie nasycającej kuracji Salvarsanowej na objawy korzonkowe, zwłaszcza że bóle przeszywające reagują źle na zwykłe kuracje Salvarsanowe albo nawet nie reagują wcale.

Dr. Engelhardt.
(Zbl. Haut- u. Geschl.-Krht. 1933)

Stosowanie Avertiny w przypadkach powtarzanych zabiegów chirurgicznych.

Autorzy opisują 37-letniego mężczyznę, któremu trzeba było dokonać licznych i rozległych operacyj z powodu bardzo zainfekowanej rany na nodze. Choremu temu wykonano w ciągu 2 miesięcy 22 zabiegi chirurgiczne, przyczem jako środek usypiający stosowano wyłącznie Avertinę z dodatkiem N_2O i O_2. Autorzy są przekonani, że żadna inna metoda narkozy nie dałaby przy tak częstem powtarzaniu tak pomyślnych dla chorego wyników i uważają, że Avertina poprostu uratowała w tym przypadku życie pacjenta. Badania czynnościowe wątroby — próba bromosulfoftaleinowa, próba tolerancji cukru i t. d. — nie wykazały żadnych uchwytnych zmian wątroby, gdyż przemijające zwiększenie się ilości urobilinogenu w moczu i zaburzenia w węglowodanowej przemianie materji należało przypisać raczej zakażeniu i złemu stanowi ogólnemu chorego niż narkozie; np. krzywa poziomu cukru we krwi przebiegała po 22 uśpieniach w sposób bardziej prawidłowy niż po 18. W razie stwierdzenia uszkodzenia wątroby wskazaną jest ostrożność w postępowaniu.

Dr. Mc. Kim i *dr. Bourne*, Montreal.
(Canad. Med. Ass. Journ., luty 1933).

Wskazówki praktyczne dla leczenia ogólnego gruźlicy płuc.

W przypadkach gruźlicy płuc jesteśmy w stanie szybko obniżyć gorączkę zapomocą Pyramidonu, podawanego w takich samych dawkach, jakie się zwykle stosuje przy durze brzusznym (co godzinę 0,1 — 0,15 g aż do 12 razy dziennie). Pyramidon należy dawkować możliwie indywidualnie, przyczem jedynym miarodajnym probierzem jest krzywa gorączkowa. Pacjenci czują się po spadku gorączki znacznie lepiej i mają większy apetyt. Silniejsze poty występują tylko w ciągu pierwszych 2 — 3 dni, później chorzy nie odczuwają już żadnych przykrych wrażeń. Równolegle z poprawą stanu ogólnego zwiększa się waga chorych. Postępująca poprawa umożliwiła w niektórych przypadkach czynne leczenie. Jeżeli nawet ciepłota utrzymywała się powyżej 37°, to wyniki podmiotowe były prawie zawsze dobre. Leczenie Pyramidonem jest wskazane we wszystkich przypadkach gruźlicy płuc, przebiegających z wysoką gorączką, nieopadającą pod wpływem leżenia w łóżku. Pomyślne działanie spostrzegano czasami nawet w przypadkach ropnego gruźliczego zapalenia opłucnej. W przypadkach natomiast powikłanej gruźlicy płuc, jak np. przy ogólnym wysiewie krwiopochodnym lub przy gruźlicy krtani w końcowych okresach, stosowanie Pyramidonu nie dawało żadnych wyników. Ze względu na własność Pyramidonu, zatrzymywania wody w ustroju, podawanie go jest przeciwwskazane przy większych wysiękach opłucnowych.

Dr. H. Lehrs,
Szpital św. Jerzego w Hamburgu.
(Fortschr. Ther. 1933, Nr. 7).

Leczenie kiły mieszaniną Neosalvarsanu i $Na_2S_2O_3$.

Ramis leczy kiłę wstrzykiwaniami mieszaniny jednakowych dawek Neosalvarsanu i $Na_2S_2O_3$ i uważa, że to połączenie leków zwiększa w znacznym stopniu tolerancję Neosalvarsanu, nie wykazując przytem żadnego ujemnego wpływu na szybkość znikania krętków z powierzchni owrzodzeń i na

zachowanie się odczynu Wassermanna. Ustępowanie wszelkich objawów kiły odbywa się po wstrzykiwaniach tej mieszaniny tak samo szybko jak po wstrzykiwaniach czystego Neosalvarsanu w roztworze wody przekroplonej.

Dr. Ramis
(Ceska Derm. X1, Nr. 6).

Leczenie ropnego zapalenia stawu kolanowego zapomocą Trypaflaviny.

Sześcioletni chłopiec przewraca się podczas wysiadania z samochodu i pada na lewe kolano; po 2 godzinach spada ze swego roweru i znowu uderza się dość mocno w to samo kolano. Chłopiec biega jeszcze 3 godziny po ogrodzie, nie odczuwając żadnych bólów. Wieczorem, kładąc się spać, skarży się na dolegliwości w okolicy lewego kolana. Następnego dnia badam chłopca i stwierdzam obrzmienie całego lewego kolana. Zewnętrznie żadnych uszkodzeń skóry nie widać. Staw kolanowy jest bolesny przy ruchach i przy uciskaniu, tak że chłopiec starannie unika wszelkiego ruchu, a przy najmniejszem dotknięciu lub poruszeniu krzyczy z bólu. Ciepłota w godzinach rannych 37,2^0.

Zaleciłem okłady z płynu Burowa i unieruchomienie lewej kończyny dolnej w ścisłym opatrunku. Ponadto doradziłem codzienne domięśniowe wstrzykiwania Omnadiny (1 cm^3). Na trzeci dzień po wypadku stwierdziłem w lewym stawie kolanowym obecność wysięku. Na czwarty dzień gorączka podniosła się do 38,9^0. Dokonałem wobec tego nakłucia próbnego. Nakłucie wykazało ropę. Badanie bakterjologiczne ropy wykazało obecność paciorkowca hemolitycznego. Następnego dnia powtórzyłem nakłucie, wydobyłem około 8 cm^3 ropy i wstrzyknąłem 5 cm^3 następującego roztworu:

Trypaflavini		0,5
Glycerini		40,0
Aq. dest.	ad.	100,0

Ponadto nadal wstrzykiwano codziennie Omnadinę. Następnego dnia gorączka 38,9^0. Wobec tego, że gorączka utrzymywała się na tym wysokim poziomie przez dalsze 2 dni, powtórzyłem nakłucie i znowu wstrzyknąłem do kolana 5 cm^3 tego samego roztworu. Gorączka zaczęła wreszcie powoli opadać, wobec czego zająłem narazie stanowisko wyczekujące. Niestety, na trzeci dzień po ostatniem nakłuciu gorączka znowu podnosi się do 38,8^0, wobec czego nakłułem po raz czwarty, wydobyłem ropę i wstrzyknąłem Trypaflavinę. Gorączka opada powoli. Nakłuć i wstrzykiwań już więcej nie wykonywałem. Obrzmienie stawu kolanowego zaczęło się cofać, wysięk stawał się coraz mniejszy. Badanie bakterjologiczne ropy pochodzącej z ostatniego nakłucia wykazało paciorkowca hemolitycznego w znacznie mniejszej ilości niż przy pierwszem nakłuciu. Bolesność stawu kolanowego ustąpiła prawie zupełnie. Kończynę trzymałem jednak jeszcze przez 14 dni w opatrunku unieruchamiającym. Wobec tego, że w ciągu ostatnich 12 dni chłopiec już nie gorączkował, zaleciłem łagodne masaże oraz diatermję. Ruchy czynne są jeszcze nieco bolesne, jednakże staw kolanowy już przy pierwszych próbach można było zginać do 45^0. Czynna i bierna gimnastyka stawu kolanowego doprowadziła po 7 dniach do zupełnej swobody ruchów chorego kolana. Chłopiec może już chodzić, opierając się jeszcze narazie na kulach. Ten znakomity wynik wyleczenia zakażonego stawu kolanowego, z osiągnięciem całkowitej swobody ruchów, należy według mnie w znacznej mierze zawdzięczać leczniczemu działaniu Trypaflaviny.

Dr. W. Korec, Shanghai.
(Ther. Ber. 1933, Nr. 10).

Leczenie krztuśca Luminalem

Spostrzeżenia autora dotyczą 100 dzieci chorych na krztusiec i leczonych zapomocą Luminal-Natrium. Preparat podawano doustnie w ½%-owym roztworze 6 razy dziennie po łyżeczce od herbaty. Niemowlętom podawano nieco mniej. Działanie Luminalu zawiodło jedynie w 10 przypadkach. U 20 dzieci dodatni wpływ Luminalu na przebieg choroby był bardzo wyraźny, a u pozostałych 70 działanie Luminalu okazało się wprost doskonałe. Napady kaszlowe były krótsze i lżejsze i dzieci znosiły je o wiele lepiej. Jedyną stroną ujemną stosowania Luminalu było dość częste występowanie wysypek, które stwierdzono w 7 przypadkach; wysypki te po odstawieniu Luminalu cofały się jednak bardzo szybko. Nasenne działanie Luminalu, podawanego w tak małych dawkach, nie ujawniało się prawie wcale.

Dr. A. Brems, Blegdamshospital.
(Ugeskrift for Laeger 1933, Nr. 13).

Medycyna w Afryce Zachodniej.

Opieka lekarska nad chorymi jest w Afryce bardzo niedostateczna, co zależy w znacznym stopniu od zbyt małej liczby lekarzy. W całej Afryce przypada 1 lekarz na 60.000 mieszkańców; w stosunkowo gęsto zaludnionej Afryce Zachodniej, od Senegalu do Kamerunu, praktykuje zaledwie 400 lekarzy na 42 miljony mieszkańców, czyli przypada 1 lekarz na 105.100 ludzi. Przyczynę 70% wszystkich przypadków chorobowych stanowią choroby podzwrotnikowe. Niesłychanie wielka śmiertelność niemowląt i. małych dzieci (powyżej 50%) zależy przedewszystkiem od zimnicy i czerwonki pełzakowej. Choroby te są jednak bardzo rozpowszechnione również i wśród dorosłych. Za najlepszy środek do leczenia czerwonki amebowej autor uważa Rivanol. W przypadkach zimnicy najlepsze wyniki dawało stosowanie nowych, syntetycznych preparatów: Atebriny i Plasmochiny. Zwłaszcza dzieci znoszą Atebrinę bardzo dobrze i reagują na nią doskonale. Przeciętny czas leczenia zimnicy trwał przy stosowaniu chininy 3 tygodnie; wprowadzenie Atebriny do lecznictwa umożliwiło skrócenie kuracji do 5 dni. Krzywica uchodzi w krajach podzwrotnikowych za chorobę rzadką. Okazuje się jednak, że w Liberji cierpienie to jest dość rozpowszechnione. Według autora częstość krzywicy w Liberji nie zależy, jak to pierwotnie przypuszczano, od postępów cywilizacji, lecz głównie od małej zawartości promieni pozafioletowych w słońcu podzwrotnikowem na równinach. Najczęstszą chorobą ludności miejscowej jest framboezja, na którą zapadają zarówno dorośli jak i małe dzieci. Framboezja szerzy duże spustoszenia, lecz poddaje się znakomicie działaniu leczniczemu Salvarsanu. Leczenie framboezji Salvarsanem stanowi dla lekarza europejskiego najlepszy sposób pozyskania zaufania miejscowej ludności. Stosunkowo rozpowszechniony jest wśród dzieci również i trąd, który w razie niezastosowania odpowiedniego leczenia utrzymuje się w stanie mniej lub więcej czynnym przeważnie przez całe życie, podczas gdy nieleczona framboezja przechodzi w małoobjawowy okres utajenia.

Działalność chirurgiczna lekarza w krajach podzwrotnikowych jest nadzwyczaj różnorodna i bardzo wdzięczna, nawet w tych miejscowościach, w których zachodzi potrzeba wykonywania zabiegów chirurgicznych w najprymitywniejszych warunkach. Autor zwraca uwagę, że europejskich pojęć, dotyczących opieki społecznej, nie wolno bezkrytycznie przenosić na grunt afrykański. Dotyczy to zwłaszcza bezpłatnego udzielania porad i dostarczania środków leczniczych. Pomimo swego ubóstwa Afrykanie naogół bardzo chętnie płacą za leczenie, którego wartość oceniają wówczas w stopniu jeszcze większym. Krewni i rodzina uiszczają prawie zawsze należność za leczenie. Również i w Afryce uprawnienia społeczne wykazują już bardzo dużo stron ujemnych, gdyż zastąpienie wychowania samem wykształceniem nasuwa w Afryce wiele zastrzeżeń. Powinno być naszem usilnem dążeniem, aby zachować jaknajdłużej istniejące patrjarchalne stosunki między czarnymi i białymi. Na zakończenie autor wspomina z uznaniem o zasługach wielu lekarzy europejskich, pra-

cujących z poświęceniem w Afryce podzwrotnikowej, w różnych dziedzinach, przekraczających ich bezpośrednie zadania lekarskie.

Dr. F. Ronnefeldt,
Cape Mount, Liberia, Afryka Zachodnia.
(Według odczytu wygłoszonego w Frankfurcie 2.I.33).

Evipan przy bezsenności na tle pomieszania zmysłów.

1) Pani R. K., lat 80, usposobienie złośliwe i gwałtowne. Od kilku tygodni stan psychiczny chorej pogorszył się znacznie; pacjentka oskarża otoczenie, że ją biją i chcą zagłodzić; lekka dezorjentacja co do czasu i miejsca; niepokój chorej powiększa się zwłaszcza w nocy; chora nieświadomie oddaje mocz i stolec pod siebie. Ciśnienie krwi nieznacznie zwiększone. Tętno w granicach normy. Narządy wewnętrzne naogół bez uchwytnych zmian, jedynie w płucach stwierdza się objawy lekkiego nieżytu oskrzeli. Chora otrzymała Jod-Calcium-Diuretynę oraz Luminal. Pod wpływem Luminalu (0,15 g) pacjentka, coprawda, mocno spała, jednakże następnego dnia była bardzo zmęczona i przekręcała wyrazy. Dla zapewnienia spokoju nocnego podawanie środka nasennego w dostatecznej dawce było jednakże konieczne. Wobec stałego pogarszania się stanu chorej autor spróbował podawać zamiast Luminalu Evipan. Pierwszego dnia chora otrzymała w nocy 2 razy po 0,2 g (o 9-ej i o 3-ej), następnie zaś podawano jej już tylko 0,2 g wieczorem; pozatem otrzymywała 0,2 g przed obiadem po przesłaniu łóżka. Zarówno wieczorem jak i przed obiadem chora szybko zasypiała, po obudzeniu się zaś czuła się rześka i wypoczęta, wykazywała lepszą orjentację i poprawiała się w sposób widoczny. Po ośmiu tygodniach bardzo duża zmiana na lepsze. Chora nie oddaje pod siebie ani moczu, ani stolca, przytomność całkowicie zachowana; chora znacznie spokojniejsza. Pacjentka nie leży już wcale w łóżku i może z łatwością chodzić o własnych siłach.

2) Chory K. R., lat 61, zupełnie niezdolny do pracy z powodu nieszczęśliwego wypadku. Zmian przedmiotowych nie stwierdza się prawie wcale. Chory został uznany za inwalidę, przyczem rozpoznano u niego prawdopodobne zmiany urazowe w okolicy kręgów lędźwiowych. Pacjent wykazuje wyraźne zmiany psychiczne pod postacią często występującego zaćmienia świadomości, oskarża żonę o różne przestępstwa, krzyczy w nocy, jest usposobienia ponurego, wymyśla, nie sypia, zachowuje się „jak dziecko", oddaje mocz i stolec pod siebie. Ciśnienie krwi 150 — 80 mm Hg. Tętnica skroniowa o przebiegu wybitnie wężykowatym, tętnica promieniowa bardzo twarda. Pod wpływem Luminalu nastrój chorego pogarsza się jeszcze bardziej, chory bełkocze, jest niespokojny. Choremu zaczęto podawać Evipan, po którym nastąpiła szybka poprawa. Sen spokojny i głęboki, chory budzi się z uczuciem świeżości i wypoczynku. Chory zapadł w międzyczasie na odoskrzelowe zapalenie płuc, które przezwyciężył z łatwością. Stolec i mocz oddaje z całą świadomością, znaczna poprawa pod względem psychicznym, pomimo utrzymywania się nadal pewnych zaburzeń.

Rozpoznanie pierwszej pacjentki: typowy stan pomieszania zmysłów na tle miażdżycy naczyń mózgowych.

Rozpoznanie w drugim przypadku: ciężka miażdżyca mózgowa i ogólna u przedwcześnie zestarzałego i zużytego, choć jeszcze stosunkowo młodego człowieka.

W obu przypadkach podawanie Evipanu przyczyniło się do objawowego złagodzenia przebiegu choroby i sprawiło znaczną ulgę zarówno pacjentom jak i ich otoczeniu.

Dr. Bensheim, Worms.
(Ther. Ber. 1933, Nr. 11).

Leczenie niedokrwistości zapomocą stosowania preparatów wątrobowych.

Poglądy różnych autorów o wpływie leczenia wątrobowego na niedokrwistości wtórne wieku dziecięcego nie są jednolite. W przypadkach ciężkich niedokrwistości, wywołanych znacznemi krwotokami żołądkowemi, zupełnie pewnego wpływu wątroby na regenerację krwi wykazać się nie udało. W przypadkach krwawień z przewodu pokarmowego wstrzykiwanie wyciągów wątrobowych może jednakże mieć znaczenie

lecznicze ze względu na działanie tych wyciągów, sprzyjające szybszemu krzepnięciu krwi. Autor odniósł np. wrażenie, że u jednego chorego ze skłonnością do nawracających krwawień żołądkowych, wstrzykiwanie wyciągu wątrobowego przyczyniło się do zatamowania uporczywych krwawień. W przypadkach białaczki limfatycznej, niedokrwistości hipochromicznej na tle kiłowem, żółtaczki hemolitycznej i ciężkiej anemji pochodzenia konstytucyjno-wewnątrzwydzielniczego leczenie wątroby pozostawało bez wpływu na obraz krwi. W przypadkach niedokrwistości, powstałej na podłożu obecności czerwi w przewodzie pokarmowym, możliwe jest zupełne wyleczenie anemji. Anemję zależną od bruzdogłowca (Botriocephalus) udaje się przezwyciężyć całkowicie wyłącznie zapomocą leczenia wątrobowego, nawet bez usunięcia pasorzyta. W przypadkach właściwych wskazań Campolon i inne preparaty wątrobowe, stosowane w postaci wstrzykiwań, nie zawodziły nigdy i dawały zawsze znakomite wyniki lecznicze.

Dr. H. Nels,
Szpital Powiatowy w Greiz w Turyngji.
(Prakt. Arzt. 1932, Nr. 9).

Leczenie anginy u dzieci.

Przy leczeniu anginy u dzieci na pierwszem miejscu należy postawić zabiegi napotne; najlepiej dawać już podczas kąpieli 0,1 g Pyramidonu i powtórzyć tę dawkę po 15 minutach, jeżeli dziecko jeszcze nie zaczęło się pocić. Omnadina wchodzi w rachubę stosunkowo rzadko.

Znacznie większe znaczenie niż płókanie posiadają odkażające pastylki Panflavin; przy stosowaniu tych pastylek część działania odkażającego zależy z pewnością od pobudzenia wydzielania śliny. Pomyślny wpływ leczniczy pastylek Panflaviny nie ulega wątpliwości. Dla pendzlowania autor poleca roztwory Trypaflaviny i Yatrenu 1%.

Dr. K. Ochsenius, Chemnitz w Saksonji.
(Med. Welt. 1933, Nr. 1)

Wpływ środków rozszerzających naczynia wieńcowe na działanie naparstnicy.

Dodanie kofeiny zwiększa skuteczność i toksyczność naparstnicy o 100%; podobne wyniki daje również jednoczesne stosowanie naparstnicy i theobromini-natrio-salicylici. To zwiększenie toksyczności naparstnicy pod wpływem działania środków rozszerzających naczynia wieńcowe było do przewidzenia, gdyż przy dożylnem stosowaniu preparatów naparstnicowych musi przez serce z rozszerzonemi tętnicami wieńcowemi przepływać większa ilość leku, tak że serce może je nagromadzać w większej dawce *(Weese).* Wzmożenie więc działania naparstnicy nie należy uzależniać li tylko od bezpośredniego sumowania się wpływów.

Środki pobudzające układ współczulny jak Suprarenina i Ephedrina, nie dają wyraźnych wyników; inne natomiast preparaty wykazywały wzmożenie działania.

Z pośród preparatów hormonów krążeniowych najmniej zwiększał toksyczność naparstnicy Lacarnol, a najwięcej Padutina. Również i przy Padutinie za główną przyczynę wzmożenia działania naparstnicy należy uważać przedewszystkiem lepsze ukrwienie serca. Ze spostrzeżeń powyższych wynika, że przy jednoczesnem stosowaniu naparstnicy i jednego z wyżej wymienionych preparatów, rozszerzających naczynia wieńcowe, należy dawkę naparstnicy (zwłaszcza przy stosowaniu dożylnem) ograniczyć, gdyż w tych warunkach dawki mniejsze dają takie same wyniki jak dawki duże. Powyższe stosunki mają miejsce również i przy podawaniu naparstnicy per rectum, natomiast przy podawaniu doustnem naparstnicy zachowanie się jej nie jest jeszcze ostatecznie wyjaśnione.

Wyniki powyższe rzucają również nowe światło na sposób działania często podawanego połączenia naparstnicy z theobrominą: kombinacja ta prowadzi nietylko do zwiększenia diurezy, lecz również i do poprawy czynności serca. Okoliczność, że pomimo szybkiego i znacznego nagromadzania się naparstnicy w sercu, nie ujawniają się jednak dalsze objawy toksyczne, tłómaczy się zmienionym na korzyść serca podziałem. Według badań *Wiethaupa* należy się spodziewać szczególnie pomyślnych wyników leczniczych od jednoczesnego stosowania naparstnicy i hormonów krążenia.

Dr. H. Wiethaup.
Zakład Farmakol. w Münster w Westfalji.
(Arch. exp. Path. u. Pharm. 1932, tom 168).

KOMUNIKAT ZWIĄZKU LEKARZY ESPERANTYSTÓW T. E. K. A.

Zmarły niedawno znakomity uczony francuski Prof. Dr. *Calmette* był wielkim sympatykiem ruchu esperanckiego, który uważał za jeden z potężnych czynników rozwoju ludzkości.

Prof. Dr. *Calmette* był członkiem honorowym Światowego Związku Lekarzy Esperantystów T. E. K. A. Podczas wszechświatowego Kongresu Esperantystów w Paryżu witał i przyjmował członków Kongresu, zwiedzających Instytut Pasteura.

Ubył z naszych szeregów wybitny esperantysta hiszpański, Prof. Dr. *Carlo Cortezo y Prieto*, sławny lekarz i znany pisarz. Znawca wielu języków, zajmował się szczególnie łaciną i greckim.

Poznawszy Esperanto stał się gorliwym zwolennikiem tego języka. Oto urywek z jego opinji o Esperancie: „Czytać przemówienie, wygłoszone w Genewie przez profesora Chińczyka lub statystykę o badaniach naukowych w Uniwersytecie w Tokjo w parę dni po jej ogłoszeniu, to jest rzecz piękna, godna porównania z telegrafem bez drutu, lotnictwem lub telefonem międzynarodowym. Dlatego jestem i będę entuzjastycznym zwolennikiem Esperanta".

W dn. 4 — 11 sierpnia r. b. odbędzie się w Sztokholmie 26. Międzynarodowy Kongres Esperantystów. Podczas Kongresu odbędzie się posiedzenie naukowe Związku Lekarzy Esperantystów T. E. K. A. z referatami i dyskusją w języku esperanto.

Sekcja Esperancka Polskiego Touring Klubu prowadzi kurs korespondencyjny języka esperanto. Polega on na tem, że uczestnik otrzymuje podręcznik (12 lekcyj), przerabia co tydzień lub częściej 1 lekcję, tłumaczy ćwiczenia z esperanta na język polski i odwrotnie, poczem przesyła je do poprawienia. Uczestnik kursu wpłaca na konto P. K. O. Nr. 12563 Polski Touring Klub, Warszawa — z zaznaczeniem „Kurs korespondencyjny Esperanta" — zł. 15 (ew. w 2-ch ratach: zł. 10 przy zapisie, resztę po czwartej lekcji). Opłata ta obejmuje całość kursu z samouczkiem, poprawą ćwiczeń i przesyłkami pocztowemi. Ćwiczenia, przesyłane w zeszycie, należy kierować na adres: „Polski Touring Klub — Dla sekcji esperanckiej". Zapisywać się można w każdym czasie. Kurs dostępny dla wszystkich.

Ukazał się Nr. 2 — 3 znanego miesięcznika popularnego „Dla Zdrowia", redagowanego przez wybitnych higjenistów i lekarzy polskich; zawiera on pomiędzy innemi bardzo ciekawie ujęte rozprawy Profesora D-ra Gantkowskiego, Szulca, Zembrzuskiego i innych, dotyczące najbardziej aktualnych zagadnień z *dziedziny ochrony zdrowia i walki z chorobami społecznemi.* Numer zamyka tak zwana Skrzynka Pocztowa, zawierająca obszerne odpowiedzi na zapytania skierowane do Redakcji przez czytelników miesięcznika w sprawie najrozmaitszych bolączek zdrowotnych życia codziennego. Administracja miesięcznika, mieszcząca się przy ul. Solnej 18 w Warszawie, obniżyła prenumeratę roczną z zł. 10 na zł. 5 — a to w celu uprzystępnienia tego jedynego i nader pożytecznego pisma jaknajszerszym sferom naszego społeczeństwa.

KURSY i ZJAZDY.

19 — 25 maja 1934 r. organizuje Stowarzyszenie Lekarzy Spiskich w miejscowościach Wysokich Tatr (Czechosłowacja) kurs dokształcający dla lekarzy, z językiem wykładowym niemieckim, przy współudziale niemieckich, węgierskich, polskich, austrjackich i czechosłowackich profesorów.

Informacyj udziela: Spolok Spiskych Lekarow, Kežmarok, Czechosłowacja.

KOMITET ORGANIZACYJNY
XIV. ZJAZDU
PSYCHJATRÓW POLSKICH

KOMUNIKAT.

W porozumieniu z Zarządem Głównym Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego zawiadamiamy, że zgodnie z decyzją przyjętą na Walnem Zgromadzeniu, XIV Zjazd Psychjatrów Polskich odbędzie się 19, 20 i 21 maja 1934 r. w Krakowie. Temat główny Zjazdu:

Zaburzenia reaktywne, psychiczne i nerwowe z punktu widzenia etjologicznego, klinicznego, psychopatologji dziecka i ubezpieczeń społecznych.

Program tymczasowy.

Referaty główne.

Rola konstytucji w zaburzeniach psychicznych reaktywnych — Doc. Dr. Zieliński — Kraków.
Udział pierwiastka reaktywnego w nerwicach — Doc. Dr. Artwiński — Kraków.
Udział pierwiastka reaktywnego w psychozach — Doc. Dr. Łuniewski — Tworki, Pułk. Dr. Nelken — Warszawa.
Klasyfikacja spraw reaktywnych w świetle dzisiejszego doświadczenia klinicznego — Prof. Dr. Borowiecki — Poznań.
Mechanizm powstawania zaburzeń reaktywnych — Dr. Bornsztajn — Warszawa.
Koreferat — Dr. Chłopicki — Kraków.
Zaburzenia reaktywne u dzieci i młodzieży na tle nieprzystosowania do rzeczywistości — Prof. Dr. Szuman — Kraków.
Zaburzenia psychiczne reaktywne u dzieci — Dr. Mikulski — Warszawa.
Profilaktyka zaburzeń psychicznych reaktywnych u dzieci — Dyr. Dr. Stryjeński — Kraków.
Orzeczenie sądowo - lekarskie w sprawach urazowych — Dr. Jankowski — Kraków.
Nerwice reaktywne a zdolność do pracy — Dr. Medyński — Kraków.

Luźne odczyty.

Podstawy psychologji reakcyj psychotycznych — Dr. Drochocki — Kraków.
Etjologja zaburzeń reaktywnych na tle zjawisk symbjozy psycho-psychoidalnej — Dr. K. Wize — Dziekanka.
Znaczenie pedagogiki leczniczej przy terapji zaburzeń reaktywnych u dzieci niedorozwiniętych umysłowo — Dr. B. Biegeleisen — Kraków.
Opieka nad psychicznie chorymi dawniej a dzisiaj — Dyr. Dr. T. Łapiński — Warszawa.
Zagadnienia psychoz w wieku przedstarczym i starczym — Dr. Meissner — Kobierzyn.
Zagadnienia demencji — Dr. Meissner — Kobierzyn.
Zagadnienia związku typów rasowych z właściwościami psychicznemi, fizjologicznemi, oraz ze skłonnościami do pewnych chorób — Dr. Meissner — Kobierzyn.
Zabójcy przebywający w Zakładzie Kobierzyńskim pod względem antropologicznym — Dr. Meissner — Kobierzyn.
Omówienie badań konstytucyjnych w nerwicach — Dr. J. Kischner — Kraków.

Zgłoszenia odczytów i referatów przyjmowane będą do dnia 1-go kwietnia 1934 r. Wszelkie pisma w sprawach Zjazdu i zgłoszenia odczytów prosimy kierować pod adresem sekretarza generalnego Zjazdu: Doc. Dr. E. Artwiński — Kraków, ul. Batorego 17.

Za Komitet organizacyjny:

Sekretarz Generalny
Doc. Dr. E. Artwiński

Prezes
Prof. Dr. St. Pieńkowski.

Redaktor
Mr. Tadeusz Haładewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA" Warszawski, Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 478.
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni „Wzorowej", Warszawa, ul. Długa 20.